



Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et
Université de Sherbrooke

**L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au
Sénégal**

Par
Emilie Gélinas
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de
l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) de
la santé.

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Août 2021

Membres du jury d'évaluation
Pre Anaïs Lacasse, Ph.D., Département des sciences de la santé, Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue (présidente)
Pr Oumar Malla Samb, Ph.D., Département des sciences de la santé, Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue (directeur de recherche)
Pr Oscar Labra, Ph.D., Département des sciences de développement humain et social,
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (membre interne)
Pre Sabina Abou Malham, Ph.D., Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke (membre externe)

© Emilie Gélinas, 2021

SOMMAIRE

L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal

Par

Emilie Gélinas

Département des sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'UQAT et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Encore de nos jours, la mortalité maternelle continue d'être un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne. Une barrière identifiée à l'amélioration de la santé maternelle est la faible qualité des soins causée par plusieurs facteurs, dont la violence obstétricale. Pour y faire face, un nombre grandissant de pays mettent en place des interventions pour prodiguer des soins à l'accouchement qui soient humanisés, respectueux et fondés sur les données probantes. À l'instar de ces pays, le Sénégal mit en œuvre en 2009 une intervention nommée « l'accouchement humanisé ». L'objectif général de cette étude vise à analyser l'acceptabilité sociale de cette intervention et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes lors de l'accouchement. Une recherche qualitative basée sur une étude de cas multiples a été réalisée dans quatre structures de santé du district sanitaire Dakar Centre. Trois méthodes de collecte ont été utilisées : l'observation directe, les entrevues individuelles semi-dirigées et la revue documentaire. Les entrevues ont été réalisées auprès de femmes en post-partum (n=20), de femmes enceintes (n= 4), de sages-femmes (n= 8), d'agentes de santé communautaire (n=4), de membres du comité de développement sanitaire (n=4) et d'hommes de la communauté (n=4). Le premier article montre que la majorité des participants sont en accord avec le principe de l'Accouchement humanisé au Sénégal. En revanche, les composantes du choix libre de la position à l'accouchement et de l'accompagnement par un proche ont suscité des opinions divergentes quant à leur acceptabilité sociale. Le deuxième article suggère que de manière générale, les femmes ayant accouché selon l'accouchement humanisé ont apprécié leur expérience pour la possibilité de boire et manger, d'être accompagné par un proche et de choisir leur position à l'accouchement. Dans cette étude, peu de femmes ont bénéficié de l'ensemble des composantes de l'intervention accouchement humanisé. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention expliquent cela. Cette étude constitue, à notre connaissance, la première à analyser l'acceptabilité sociale de l'Accouchement humanisé au Sénégal et l'expérience des femmes ayant bénéficié d'un accouchement humanisé l'intervention. En termes de perspective, nos résultats de recherche mettent en lumière l'importance de la préparation à l'accouchement et de la considération des particularités contextuelles lors de la mise en œuvre des interventions dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Mots clés : Accouchement humanisé, qualité des soins, expérience de soins, acceptabilité sociale, Sénégal, recherche qualitative, étude de cas

SUMMARY

Humanized childbirth: social acceptability and perceived effects for women in Senegal

By

Emilie Gélinas

Programme recherche en sciences de la santé

Thesis presented to the Health Science Department of the UQAT and the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements for the obtention of Master degree diploma maitre ès sciences (M.Sc.) in health sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

To this day, maternal mortality continues to be a major public health problem in sub-Saharan Africa. One barrier identified to improve maternal health is the low quality of care caused by obstetric violence. To address this, a growing number of countries are implementing, as requested by the WHO, interventions for humanized, respectful, and evidence-based care during childbirth. Like these countries, Senegal implemented an intervention in 2009 called "Humanized Childbirth." The aim of this study is to analyze the social acceptability of this intervention and its perceived effects on the experience of care for women during childbirth. A qualitative research based on a multiple case study was carried out in four health facilities in the Dakar Centre Health District. Three collection methods were used: direct observation, semi-structured individual interviews, and documentary analysis. Interviews were conducted with breastfeeding women (n=20), pregnant women (n=4), midwives (n=8), community health workers (n=4), members of the Health Development Committee (n=4) and men in the community (n=4). The first article shows that most participants agree with the principle of "Humanized childbirth" in Senegal. However, the components of the freedom of choice for birth positions and companionship have led to different points of view as to their social acceptability. The second article suggests that, in general, women who gave birth according to the intervention appreciated their experience for the possibility of drinking and eating, being accompanied by a loved one and choosing their position at delivery. In this study, few women benefited from all the components of the intervention. The difficulties encountered in implementing the intervention explain this. This study is, to our knowledge, the first to analyze the social acceptability of "humanized childbirth" in Senegal and the experience of care of women who benefited from the intervention. In terms of perspective, our research findings highlight the importance of birth preparation and the consideration of contextual characteristics in implementing interventions in low- and middle-income countries.

Key words: Humanized childbirth, quality of care, experience of care, social acceptability, Senegal, qualitative research, case study

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	3
1.1. Problématique	3
1.1.1. Prestation des soins et santé maternelle au Sénégal	8
1.1.2. Description de l'accouchement humanisé au Sénégal.....	10
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	15
2.1. La problématique de la qualité des soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire	15
2.1.1. Les déficits en ressources humaines qualifiées	16
2.1.2. L'insatisfaction au travail des professionnels de la santé	18
2.1.3. Les problèmes liés aux infrastructures et à l'approvisionnement en fourniture médicale	19
2.1.4. Les problèmes liés aux mécanismes de référence	20
2.2. La violence obstétricale	21
2.2.1. Fondement et évolution du concept	21
2.2.2. Causes de la violence obstétricale	24
2.2.3. Conséquences directes et indirectes de la violence obstétricale	26
2.3. Les interventions préconisées pour réduire les violences obstétricales	27
2.3.1. Interventions disponibles	28
2.3.2. L'état des connaissances sur la mise en œuvre et les effets des interventions 34	
2.3.3. Synthèse de la littérature.....	40
CHAPITRE 3 : CADRE D'ANALYSE	42
3.1.1. Cadre théorique d'analyse de l'acceptabilité d'une intervention.....	43

3.1.2. Cadre conceptuel d'évaluation de la qualité des soins	46
3.2. Objectifs de la recherche.....	48
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE.....	49
4.1. Stratégie de recherche	49
4.1.1. Sélection des cas	49
4.2. Méthode de collecte des données.....	50
4.2.1. Entrevue individuelle semi-dirigée.....	50
4.2.2. Observation directe.....	53
4.2.3. Analyse documentaire	54
4.3. Analyse des données	56
4.4. Critères de rigueur scientifique.....	57
4.5. Considérations éthiques	60
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	62
5.1. Article 1.....	63
5.2. Article 2.....	84
CHAPITRE 5: DISCUSSION GÉNÉRALE.....	110
6.1. Résumé des principaux résultats de l'étude	110
6.2. Contribution empirique	111
6.3. Contribution Pratique.....	114
6.4. Forces et limites de l'étude	117
6.4.1. Réflexivité.....	118
CHAPITRE 6 : CONCLUSION	121
RÉFÉRENCES	123
ANNEXES.....	145
Annexe 1 : Approbation éthique UQAT.....	146

Annexe 2 : Approbation éthique CER Université Cheikh Anta Diop de Dakar.....	147
Annexe 3 : Approbation du MSAS - Région médicale de Dakar – District Centre	148
Annexe 4 : Formulaire d’engagement à la confidentialité.....	149
Annexe 5 : Formulaire d’information et de consentement	150
Annexe 6 : Guides d’entrevue	162
Annexe 7 : Grille d’observation	155
Annexe 8. Preuves de soumission des articles scientifiques	156

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Définition des dimensions du cadre théorique de l'acceptabilité (Sekhon et al., 2017)	45
Tableau 2 :	Adaptation du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian	48
Tableau 3 :	Caractéristiques des cas sélectionnés	50
Tableau 4 :	Profil des enquêtés selon la structure d'appartenance	53
Tableau 5 :	Documentations consultées pour l'analyse documentaire	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Régions administratives du Sénégal	11
Figure 2 :	Schématisation de l'accouchement humanisé au Sénégal	13
Figure 3 :	Cadre d'analyse de l'acceptabilité de l'accouchement humanisé et des effets perçus sur l'expérience de soins des femmes	43
Figure 4 :	Theoretical Framework of Acceptability	69
Figure 5 :	Modèle logique de l'accouchement humanisé	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASPQ	Association pour la santé du Québec
DSCR	Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
ESP	Établissement public de santé
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
IPA	Association internationale de pédiatrie
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MSAS	Ministère de la santé et de l'Action Sociale
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PCIGA	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
ReHuNa	Réseau pour l'humanisation de l'accouchement
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WRA	White Ribbon Alliance

*À toutes ces personnes qui ont accepté de
partager avec moi leur expérience
sincèrement, j'ěrjřf*

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement d'un travail ayant été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je souhaite exprimer ma profonde gratitude.

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de mémoire, Oumar Mallé Samb, pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant de diriger mes travaux de recherche, la qualité de son encadrement, sa patience et sa grande disponibilité. Il a toujours été là pour me soutenir, me conseiller et alimenter ma réflexion. Je lui en suis énormément reconnaissante.

Mon travail de recherche sur le terrain a été facilité par l'Institut de Santé et de Développement (ISED) de Dakar et je tiens à exprimer tout particulièrement ma reconnaissance à Pr Adama Faye (directeur de l'ISED), Rokhaya Sy (médecin-chef du district sanitaire Dakar Centre) et Ndéye N'Dack Diop (responsable du service social) pour m'avoir accueillie au sein de leur institution et m'avoir fourni une aide lors de la collecte des données sur le terrain. Je souhaite également remercier toute mon équipe d'enquête sur le terrain, Seydou Konte, Awa Coumba Gueye, Anna Agiar, Abdou Karim Kane et Mohammed Gueye pour leurs précieux conseils, leur patience et leur disponibilité.

Mes remerciements vont également aux membres du jury Anaïs Lacasse, Oscar Labra et Sabina Abou Malham pour leurs commentaires constructifs et leurs suggestions qui ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Je souhaite remercier les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour la bourse d'études supérieures à la maîtrise (BESC-M) et les suppléments pour études à l'étranger Michael-Smith (SEEMS) ainsi que mon directeur de mémoire pour les différents soutiens financiers qui m'ont permis de me consacrer à mon projet d'études.

Je tiens à remercier mon mari, mon fils, ma famille et mes amis pour leur appui inconditionnel. Vous avez été une grande source de motivation pour moi et vos encouragements tout comme votre soutien m'ont beaucoup aidé dans la réussite de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement tous les participants de l'étude de m'avoir reçue généreusement et d'avoir accepté de partager avec moi votre opinion et votre expérience avec l'intervention de l'Accouchement humanisé au Sénégal. Vous avez permis la réalisation de ce projet de recherche.

INTRODUCTION

Les problèmes de la qualité des soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire contribuent à un taux élevé de mortalité maternelle et néonatale et dissuadent les femmes d'avoir recours à l'utilisation des services de santé maternelle (Tunçalp et al., 2015). Pour améliorer la qualité des soins, le gouvernement du Sénégal en collaboration avec l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) mit en œuvre en 2009 une intervention nommée « l'accouchement humanisé ». À ce jour, la documentation sur cette intervention demeure faible et les connaissances sur son acceptabilité sociale et ses effets sur l'expérience de soins des femmes sont limitées. Par conséquent, l'objectif de ce mémoire consiste à analyser l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes lors de l'accouchement. Plus précisément, il vise à 1) analyser l'acceptabilité de l'accouchement humanisé et son alignement avec les valeurs sociales du Sénégal et 2) analyser l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre des composantes de l'accouchement humanisé et à ses effets lors de leur dernier accouchement au Sénégal.

Cet ouvrage représente l'aboutissement des travaux de recherche effectués dans le cadre de ma maîtrise recherche en sciences de la santé sous la supervision du Pr Oumar Mallé Samb, PhD. Ce mémoire par articles est divisé en six chapitres. Le premier chapitre introduit la problématique de l'accès et de la qualité des soins maternels dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), puis présente le contexte du Sénégal et l'intervention en question, soit l'accouchement humanisé. Le deuxième chapitre porte sur la recension des écrits qui abordent les problèmes de la qualité des soins dans les PRFI, la violence obstétricale ainsi que les interventions disponibles pour y remédier. Les cadres théoriques utilisés pour répondre à nos objectifs de recherche sont présentés dans le troisième chapitre. Le quatrième chapitre décrit la méthodologie générale de cette recherche qualitative, soit le devis de recherche, les méthodes de collecte de données, la stratégie d'analyse, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques. Le cinquième chapitre présente les résultats de l'étude sous la forme d'articles scientifiques. Le sixième chapitre discute de la contribution

empirique et des implications pratiques de nos résultats de recherche. Les forces et limites de cette étude y sont également présentées. Enfin, le septième chapitre discute des implications de la recherche en termes de perspectives de recherche.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Ce premier chapitre introduit la problématique de l'accès et de la qualité des soins maternels dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), puis présente le contexte du Sénégal et l'intervention implantée soit l'accouchement humanisé.

1.1. Problématique

Chaque jour, environ 810 femmes à travers le monde décèdent prématurément suite aux complications survenues lors de la grossesse, de l'accouchement ou des 42 jours suivants (WHO, 2018). La majorité de ces décès est le résultat de complications obstétricales directes avec comme principales causes les hémorragies, les troubles hypertensifs et les septicémies (Say et al., 2014). Ce problème de santé publique mondiale constitue l'une des plus grandes injustices sociales puisque 94 % des décès surviennent dans les PRFI et pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins appropriés (WHO, 2018). En outre, 18, 67 femmes sur 1000 naissances vivantes développent une morbidité maternelle sévère (Adbollahpour, Miri et Khadivzadeh, 2019) pouvant entraîner une invalidité, notamment la fistule obstétricale ou la stérilité (Abdollahpour, Miri et Khadiyzadeh, 2019).

Avec 542 décès pour 100 000 naissances vivantes (nv), l'Afrique subsaharienne est la région qui enregistre le plus grand nombre de décès maternels à l'échelle mondiale (WHO, 2019). Une femme sur 37 vivant en Afrique subsaharienne risque de décéder au cours de sa vie reproductive d'une complication obstétricale alors que ce risque est estimé à une femme sur 3 100 en Amérique du Nord (WHO, 2019). Comme les complications obstétricales sont rarement prévisibles, assurer l'accès aux consultations prénatales, à l'accouchement auprès d'une assistance qualifiée, aux soins obstétricaux d'urgence et au suivi post-partum est essentiel pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles (Koblinsky et al., 2016). Or, le fardeau élevé de la mortalité et morbidité maternelles en Afrique subsaharienne reflète les barrières importantes liées à l'accès et à l'utilisation des services de santé, citons à titre d'exemple l'incapacité financière des femmes à payer pour les frais de santé, la distance géographique à parcourir pour se rendre à la structure sanitaire ainsi que les croyances entourant le recours aux services de santé (Bohren et al., 2014; Geleto, Chojenta, Musa et

Loxton, 2018; Kyei-Nimakoh, Carolan-Olah et McCann, 2017). Dans ses efforts collectifs pour réduire la pauvreté, la Déclaration du Millénaire signé en 2000 par 189 États membres des Nations Unies se fixa comme objectifs de réduire de $\frac{3}{4}$ le taux de mortalité maternelle et d'assurer l'accès universel à la santé de la reproduction d'ici 2015 (ONU, 2015). De nombreuses stratégies ont ainsi vu le jour afin d'améliorer l'accès aux services, comme les politiques de gratuité des soins, la décentralisation des services de santé et l'amélioration des ressources humaines et matérielles des structures de santé (Campbell et Graham, 2006; Koblinsky et al., 2006; Robert et Ridde, 2013).

Ces efforts déployés ont permis globalement d'améliorer la survie maternelle. Au niveau mondial, le ratio de la mortalité maternelle est passé de 385 à 216 décès pour 100 000 nv et plus spécifiquement pour l'Afrique subsaharienne de 987 à 546 décès pour 100 000 nv entre 1990 et 2015 (Alkema et al., 2016). Malgré l'accomplissement de progrès importants, les stratégies mises en place pour améliorer l'accès aux services de santé maternelle en Afrique subsaharienne n'ont pas permis d'atteindre les cibles fixées par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (ONU, 2015). En 2014, 51 % des femmes n'avaient toujours pas recours aux quatre consultations prénatales recommandées et 48 % accouchaient sans une assistance qualifiée à la naissance (ONU, 2015). Dans certains pays comme l'Éthiopie, les multiples interventions visant à réduire les barrières à l'accès aux soins comme la décentralisation du système de santé, la construction de nouvelles structures de santé, la formation en masse de professionnels de la santé et la mise à la disposition des communautés d'une assurance maladie n'ont pas donné les résultats escomptés sur l'utilisation des services de santé maternelle (Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International, 2012). Paradoxalement, même dans les pays ayant enregistré une hausse importante de l'utilisation des services de santé maternelle, le ratio de la mortalité maternelle demeure préoccupant (UNECA, 2014). L'exemple de la République Démocratique du Congo illustre parfaitement cela. Malgré une augmentation substantielle de la couverture des accouchements assistés entre 1990 et 2005 (35 % à 83 %), le ratio de la mortalité maternelle a peu diminué passant de 890 décès pour 100 000 nv en 1990 à 781 décès pour 100 000 nv en 2005) (Système des Nations Unies et République Démocratique du Congo, 2010). Ces résultats montrent que la réduction de la mortalité maternelle nécessite davantage que de garantir seulement l'accès

aux services de santé et que pour y parvenir, il est impératif que les soins administrés une fois rendus à la structure de santé soient de bonne qualité (van den Broek et Graham, 2009).

Un obstacle majeur à la qualité des soins ayant récemment fait l'attention de la communauté internationale est la présence de violence faite aux femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé (Bohren et al., 2015; Bowser et Hill, 2010; Freedman et al., 2014; OMS, 2014). Diverses appellations ont été utilisées dans la littérature pour décrire ce phénomène, citons notamment les comportements abusifs, la négligence, les mauvais traitements, le manque de respect ou la déshumanisation des soins (Lévesque, Bergeron, Fontaine et Rousseau, 2018). Puisque ces expériences douloureuses constituent une violation des droits de la personne qui se situent à l'intersection d'une violence systémique et d'une violence de genre, plusieurs chercheurs préfèrent employer l'expression de *violence obstétricale* pour décrire ce phénomène (Lévesque et al., 2018; Sadler et al., 2016; Dixon, 2015; Vadeboncoeur, 2004). Dans une récente analyse conceptuelle, Lévesque et ses collaborateurs (2018) définissent la violence obstétricale de la façon suivante :

La violence obstétricale vécue dans les établissements de soins de santé englobe des gestes accomplis ou l'exercice de certaines pratiques professionnelles – ou leur omission –, durant l'accouchement, sans l'accord et le consentement éclairé des femmes, ce qui entraîne une négation de leur agentivité reproductive. Cette violence systémique crée et renforce les inégalités de pouvoir qui existent au moment de l'accouchement et cause de la souffrance et de la détresse chez les femmes. Les manifestations, la reconnaissance, l'impact et l'ampleur de cette violence varient d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une culture à l'autre. (p.230)

La violence obstétricale peut prendre la forme de violence physique et verbale, de stigmatisation et de discrimination, de non-respect des normes professionnelles de soins (procédures et examens non consentis, manque de confidentialité, négligence), de relation conflictuelle entre les femmes et les prestataires de soins (communication inefficace, manque de soutien, perte d'autonomie) et de contraintes du système de santé (ressources, politiques et culture organisationnelle) (Bohren et al., 2015). Elle est associée à certains déterminants de la santé et facteurs de risque tels que le niveau de la structure sanitaire (poste de santé, centre de santé ou centre hospitalier), les caractéristiques du personnel de santé, la durée du

séjour à la structure sanitaire, l'expérience antérieure d'accouchement, la survenue de complications pendant l'accouchement, l'état matrimonial, l'âge, le niveau d'éducation, le niveau socioéconomique et l'ethnicité (Siraj, Teka et Hebo, 2019; Kruk et al., 2018; Banks, Karim, Ratcliffe, Betemariam et Langer, 2018 ; Abuya et al., 2015; Gebremichael, Worku, Medhanvie et Berhane, 2018 ; Hameed et Avan, 2018). La violence obstétricale constitue une menace à la santé, à l'intégrité physique et à l'égalité aux traitements (OMS, 2014). En outre, les gestes de violences commis à l'endroit des femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé dissuadent celles-ci d'utiliser les services de santé contribuant ainsi à la mortalité maternelle (OMS, 2014).

Devant ces constats, plusieurs interventions ont vu le jour ces dernières années afin d'améliorer la qualité des soins (Abuya et al., 2015; Brown, Hofmeyr, Nikodem, Smith, et Garner, 2007; Umbeli et al., 2014). Actuellement, trois mouvements guident la plupart de ces interventions : i) l'accouchement humanisé qui fait la promotion de la participation active de la femme dans le processus de soins; ii) les soins maternels respectueux qui s'intéressent aux valeurs, aux attitudes et aux comportements des professionnels de la santé et finalement iii) les approches fondées sur les droits de la personne qui se préoccupent des questions d'accès et d'équité aux soins (Downe, Lawrie, Finlayson et Oladapo, 2018). L'accouchement humanisé est l'approche adoptée en 2009 par le gouvernement du Sénégal. L'intervention consiste à promouvoir un modèle de soins basé sur les concepts des « soins humanisés » et de « continuum de soins » pour la mère et son nouveau-né à l'accouchement (ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de la coopération internationale, 2018). Il s'agit d'une intervention multidimensionnelle faisant appel à plusieurs stratégies prises à différents niveaux du système de la santé : central (ex. intégration du modèle dans les politiques de santé et le curriculum de formation des professionnels de la santé), district sanitaire (ex. aménagement des salles de naissances et formations des professionnels de la santé) et communautaire (ex. activités de sensibilisation) (ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de coopération internationale, 2018). Il est attendu de cette intervention qu'elle contribue à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales par le renforcement de l'utilisation et de la qualité des services de santé au Sénégal.

(ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de coopération internationale, 2018).

À l'instar de l'accouchement humanisé au Sénégal, les interventions visant à améliorer la qualité des soins à l'accouchement par des soins maternels humanisés, respectueux et fondés sur les droits de la personne comportent souvent de multiples composantes et utilisent diverses stratégies. Parmi les stratégies les plus souvent utilisées, on retrouve par exemple des programmes de formation, des initiatives pour améliorer la qualité des soins, le développement de lignes directrices et de protocoles cliniques, des activités communautaires, la mise en place de lois et de systèmes de surveillance et des activités de plaidoyer pour le respect des droits de la personne (Reis, Deller, Catherine Carr et Smith, 2012). À ce jour, les données probantes quant à l'efficacité de ces interventions sur l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des expériences de la violence obstétricale sont faibles. Quelques rares études ont cependant montré des résultats positifs à la suite de l'implantation de ces interventions complexes, citons en exemple les projets réalisés au Kenya (Abuya et al., 2015) et en Tanzanie (Kujawski et al., 2017). Toutefois, la plupart du temps les résultats sont limités par des défis liés à la mise en œuvre des interventions et aux facteurs contextuels (Mselle, Kohi et Dol, 2018; Asefa, Morgan, Bohren et Kermode, 2020; Abuya et al., 2015, Brown et al., 2007). C'est le cas par exemple d'un programme éducatif multidimensionnel pour promouvoir l'accompagnement par un proche à l'accouchement en Afrique du Sud. Concernant ce programme, un essai pilote randomisé contrôlé réalisé par Brown et ses collaborateurs en 2007 a montré qu'il n'avait pas permis d'obtenir des effets importants et durables sur le changement de pratiques cliniques en raison des restrictions d'ordre pratique (espace insuffisant et manque d'intimité) et des conditions défavorables des services de santé (Brown et al., 2007).

Si la plupart des interventions pour des soins maternels humanisés, respectueux et fondés sur les droits de la personne ont été étudiées sous l'angle de l'amélioration de la qualité des soins et de la réduction des expériences de violences obstétricales, peu d'études se sont intéressées à leur acceptabilité sociale. Pourtant, bon nombre de ces interventions en vigueur dans les PRFI sont développées et bénéficient d'un financement extérieur ce qui pose un certain

nombre de questions quant à leur acceptabilité. Alors qu'il est reconnu que l'acceptabilité est un indicateur important dans l'évaluation des processus de mise en œuvre des interventions en santé, elle est souvent négligée dans les recherches portant sur ce sujet (Peters, Tran et Adam, 2013).

L'objectif général de ce mémoire vise donc à analyser l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal.

1.1.1. Prestation des soins et santé maternelle au Sénégal

À travers son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018, le gouvernement du Sénégal se positionne en faveur de la réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles en adoptant un plan stratégique aligné aux orientations du Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR) et des OMD (ministère de la Santé et de la prévention, 2009). Parmi les stratégies déployées, citons notamment la gratuité des accouchements et des césariennes sauf pour les femmes vivant à Dakar, le plan national de formation du système de la santé, la construction et la réhabilitation de plusieurs structures de santé, l'amélioration du plateau technique, le renforcement des moyens de supervision, l'amélioration des conditions d'évacuation des malades et d'importantes réformes dans le secteur pharmaceutique pour assurer l'accès aux médicaments essentiels (ministère de la Santé et de la prévention, 2009).

Malgré ces efforts, encore 44 % des femmes n'ont pas recours aux quatre consultations prénatales recommandées. 20 % des accouchements se déroulent à domicile et 20 % des femmes ne reçoivent pas les soins postnataux dans les deux premiers jours suivant la naissance (Agence nationale de statistique et de la démographie [Sénégal] et ICF, 2020). En outre, la mortalité maternelle demeure élevée avec une estimation de 236 décès pour 100 000 nv (Agence nationale de statistique et de la démographie [Sénégal] et ICF, 2017). Ces résultats s'expliquent par l'inégalité d'accès aux services de santé et les problèmes liés à la qualité des soins. En effet, l'analyse des indicateurs de santé montre que les consultations

prénatales et les accouchements assistés d'un professionnel qualifié sont plus fréquents auprès des femmes appartenant aux quintiles de bien-être économique le plus élevé et vivant en milieu urbain (Agence nationale de statistique et de la démographie [Sénégal] et ICF, 2020). En plus de la barrière financière et géographique, les femmes au Sénégal rencontrent des difficultés quant à leur faible pouvoir décisionnel concernant leur santé (Sougou et al., 2020). Cette situation est plus exacerbée chez les femmes mariées, âgées de 20 et 24 ans et vivant en milieu rural (Sougou et al., 2020).

Concernant la qualité des soins, l'enquête continue sur la prestation des services de soins et de santé (ECPSS) de 2019 met en lumière un certain nombre de lacunes dans les structures de santé du pays (Agence nationale de statistique et de la démographie [Sénégal] et ICF, 2020). En effet en 2019, seulement 66% des structures de santé qui offrent des services d'accouchement normal remplissaient les normes et protocoles sur la Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement (PCIGA), 37% avaient au moins un prestataire de soins de santé formé sur la PCIGA et 70 % disposaient de moyens de transport d'urgence. Aussi, l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en cas de complication est insuffisante au Sénégal pour répondre aux besoins de la population. En 2016, 34 structures de santé pouvaient offrir en tout temps les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et seulement quatre les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) et ce pour l'ensemble du pays (Sarr et al., 2019). Un nombre insuffisant de professionnels de la santé qualifiés est également observé, en particulierité pour la catégorie des sages-femmes et du personnel infirmier. Alors que l'OMS recommande une sage-femme pour 300 femmes en âge de reproduction, le pays ne compte qu'une sage-femme pour 3781 femmes en âge de reproduction (ministère de l'Économie, des Finances et du plan et Agence nationale de statistique et de la démographie [Sénégal], 2005). En plus de la qualité des services limités par le déficit en ressources humaines et matérielles, des problèmes liés à la prestation des soins sont rapportés tels qu'un manque de respect de l'application des mesures d'asepsie (ex. utilisation du même ciseau pour couper le cordon ombilical des nouveau-nés), un manque d'intimité et de confidentialité durant les consultations ainsi que des relations interpersonnelles difficiles entre les professionnels de la santé et les parturientes (Shimizu, 2008). Ces problèmes liés à la qualité des soins sont

reconnus comme étant un obstacle majeur à l'utilisation des services de santé maternelle au Sénégal (Faye, Faye, Ba, Ndiaye, et Tal-Dia, 2010).

1.1.2. Description de l'accouchement humanisé au Sénégal

Dans le cadre des efforts déployés par le gouvernement du Sénégal pour réduire les mortalités maternelle et néonatale, le ministère de la Santé et de l'action sociale (MSAS) en collaboration avec l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) a mis en œuvre en 2009 l'accouchement humanisé. Dans le cadre de ce projet, l'accouchement humanisé est défini comme : « un ensemble de conditions qui permettent à la femme d'être à l'aise et de vivre l'accouchement comme un événement heureux. » (JICA, s.d.). Les conditions essentielles devant permettre aux femmes et leur nouveau-né de bénéficier d'un modèle de soins humanisés sont : 1) un personnel de santé motivé, attentif et prévenant, 2) une dignité retrouvée pour la parturiente, 3) un choix libre de la position d'accouchement (dorsale, debout, à genoux, latérale, accroupie et assise), 4) une liberté de boire et manger pendant le travail, 5) des techniques non pharmacologiques de soulagement de la douleur par les massages et la relaxation et 6) un accompagnement par un proche (ministère de la Santé et de l'action sociale, s.d.).

Une première phase de cette intervention fut d'abord réalisée dans les régions de Kédougou et de Tambacounda. Ces régions ont été sélectionnées en raison du fardeau élevé de la mortalité maternelle et de la faible proportion des accouchements assistés d'un professionnel qualifié (ministère de la Santé et de l'action sociale, s.d.). Entre 2013 et 2017, le gouvernement du Sénégal procéda au passage à l'échelle dans les unités pilotes des quatorze régions administratives du pays (ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de coopération internationale, 2018).



Figure 1

Régions administratives du Sénégal

Source : Ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal (2018)

L'objectif général de cette intervention est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales par le renforcement de l'utilisation et de la qualité des services de santé au Sénégal (ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de coopération internationale, 2018). Ses objectifs spécifiques sont :

1. Définir un modèle sénégalais de « soins humanisés » pour la mère et le nouveau-né pendant l'accouchement;
2. Intégrer les concepts des « soins humanisés » et du « continuum des soins » dans le plan stratégique de la santé reproductive du pays
3. Élaborer des outils de communication et un plan de formation sur les soins humanisés pour les prestataires.

Les soins humanisés pour la mère et son nouveau-né sont compris comme un : « accouchement qui a lieu de manière respectueuse des capacités humaines originelles – celui d'une mère à donner naissance et celui d'un enfant à naître – à l'aide d'une médecine fondée sur les faits dans un environnement propre et sain. » (Agence japonaise de coopération internationale, 2018, paragr. 12).

Pour atteindre ces objectifs, différentes stratégies pouvant être regroupées en fonction de cinq composantes ont été déployées : 1) communication avec les communautés ; 2) partage du concept ; 3) amélioration du milieu de travail ; 4) pratique des soins basés sur les données probantes ; et 5) activités de soutien et de développement (ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de coopération internationale). La figure 2 présente ces cinq composantes de l'intervention qui devront permettre aux femmes de vivre un accouchement humanisé (six conditions nommées dans le cercle).

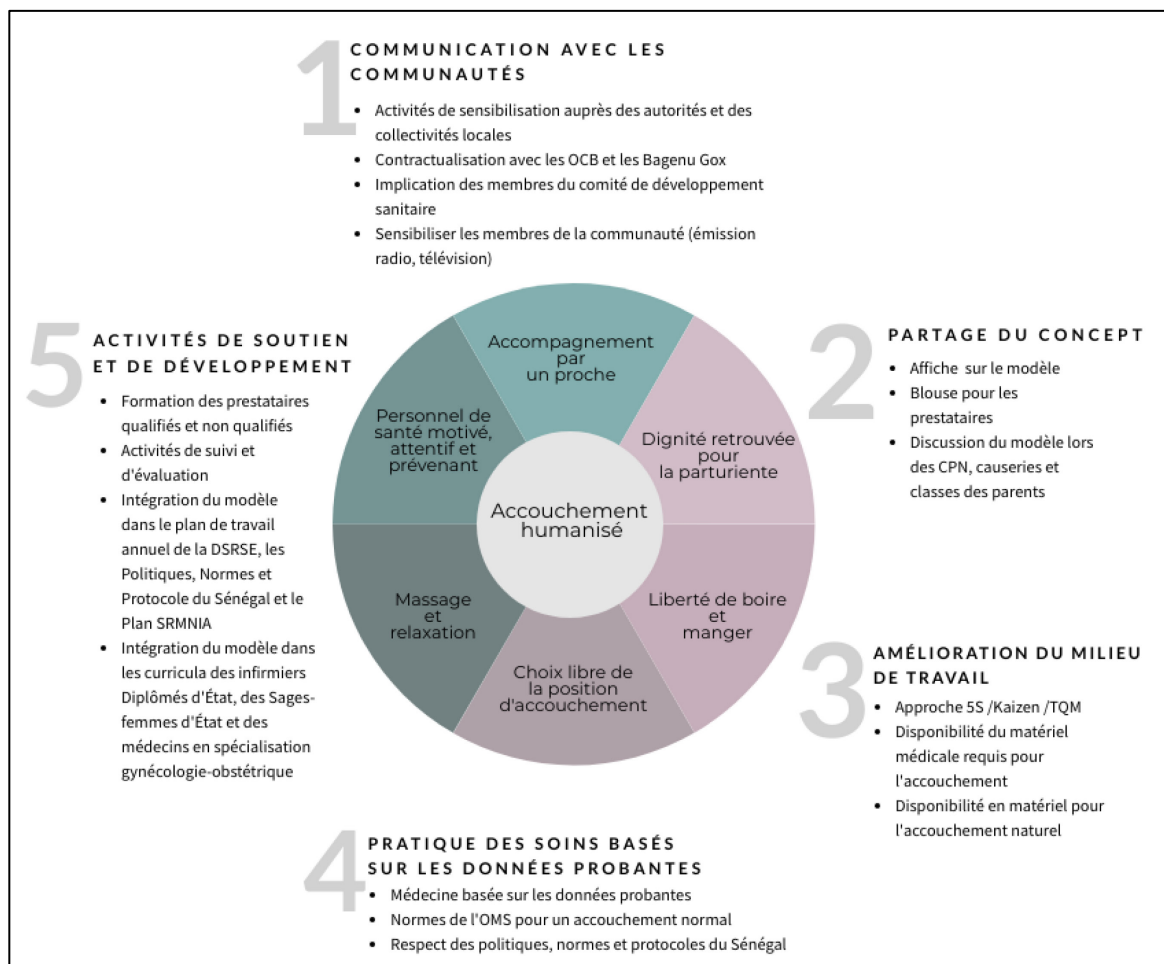


Figure 2

Schématisation de l'accouchement humanisé au Sénégal

Source : Informations tirées du ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal et de l'Agence japonaise de coopération internationale (2018)

Le modèle de soins humanisés pour la mère et le nouveau-né pendant l'accouchement au Sénégal s'inspire des maisons de naissances au Japon dirigées par des sages-femmes indépendantes. Ces maisons qui visent à reconnaître le processus physiologique normal de l'accouchement et l'accomplissement personnel de la femme sont une alternative au modèle biomédical de l'accouchement. Elles traduisent des valeurs sociales importantes au Japon en ce qui a trait à l'accouchement, soit l'importance d'attendre la naissance du bébé, la valorisation de la douleur lors du travail, l'accompagnement maternel de la femme enceinte ainsi que l'accouchement en tant qu'évènement familial (Matsuoka et Hinokuma, 2009). Il s'inspire également du projet « d'Amélioration des soins de santé maternelle et infantile au

nord-est du Brésil » mis en œuvre en 1996 afin de réduire la surmédicalisation, les interventions médicales inadaptées et les traitements irrespectueux liés aux problèmes de la qualité des soins (JICA, 2018).

Pour tenir compte de l'organisation des services de soins au Sénégal, l'intervention s'est accompagnée d'un réaménagement des structures de santé afin de disposer de salles d'accouchement nature, nommée dans le contexte à style libre¹, permettant aux femmes de bouger librement, d'accueillir leur proche et de garantir leur intimité, de la dotation en équipements (tatamis, ballons d'accouchement, coussins, balançoires, escabeaux, paravents) ainsi que d'un renforcement des capacités du personnel de la santé (ministère de la Santé et de l'action sociale et Agence japonaise de coopération internationale). Les formations pour s'assurer que le personnel de la santé soit qualifié aux différentes composantes de l'accouchement humanisé portent sur 1) la démarche qualité : le management et les 5S ; 2) le modèle de soins humanisés pour la mère et le nouveau-né ; 3) la médecine basée sur les données probantes ; 4) les normes de l'OMS pour un accouchement normal ; 5) les soins recommandés aux nouveau-nés ; 6) l'accouchement à style libre et 7) les soins de la mère et du nouveau-né en post-partum. La démarche qualité : le management et les 5S est une approche en trois étapes de la gestion de la qualité originaire du Japon (Hasegawa et Karandagoda, 2013). La première étape consiste en l'amélioration de l'environnement de travail avec la mise en pratique des 5S qui signifie *Seiri* (séparer), *Seiton* (systématiser), *Seiso* (salubrité), *Seiketsu* (standardiser) et *Shitsuke* (se discipliner) (Hasegawa et Karandagoda, 2013). La deuxième étape nommée KAIZEN, qui signifie en gestion « amélioration de la qualité et de la sécurité », est un processus dynamique, continu et participatif de résolution de problème (Hasegawa et Karandagoda, 2013). Enfin, la méthode TQM ou « gestion de la qualité totale » est une approche intégrée et participative de la gestion qui met l'accent sur l'amélioration de la qualité des produits et services ainsi que la satisfaction de la clientèle (Hasegawa et Karandagoda, 2013).

¹ Dans l'accouchement humanisé au Sénégal, la condition du choix libre de la position à l'accouchement est connue sous le nom de « accouchement à style libre ». Dans la littérature française, l'expression « accouchement naturel » est l'usage courant pour désigner ce type d'accouchement.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Afin de situer l'état des connaissances sur les interventions pour améliorer la qualité des soins à l'accouchement et réduire les violences obstétricales dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), cette recension des écrits se compose de trois sections. Il s'agit de la problématique de la qualité des soins dans les PRFI, la violence obstétricale et enfin les interventions préconisées pour la réduire.

2.1. La problématique de la qualité des soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Selon l'OMS, la qualité des soins se définit comme étant : « the extent to which health care services provided to individuals and patient populations improve desired health outcomes. » (Tunçalp et al., 2015, p. 1046). Elle implique que les soins administrés par les professionnels de la santé soient sécuritaires, efficaces, opportuns, efficients, équitables et orientés vers la personne (Tunçalp et al., 2015). La qualité des soins est fonction de la disponibilité des services de santé en ressources matérielles, humaines et produits essentiels, mais également de la compétence technique et relationnelle des professionnels de la santé (Donabedian, 1988).

Lorsque l'on évalue la qualité des soins obstétricaux du point de vue des femmes enceintes, la compétence relationnelle des professionnels de la santé est un élément jugé essentiel (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet et Gülmezoglu, 2018). Au moment de l'accouchement, les femmes aspirent à donner naissance à un nouveau-né en santé dans un environnement clinique favorisant le soutien physique et psychologique offert par un proche et un professionnel de la santé rassurant, aimable et compétent (Downe, Finlayson, et al., 2018). Pour répondre aux attentes et aux besoins des femmes, le nouveau modèle de soins intrapartum de l'OMS aborde l'expérience de soins comme un aspect essentiel à la qualité des soins (OMS, 2018). Selon ce guide, la communication efficace, les soins maternels respectueux, la dignité préservée ainsi que le soutien émotionnel sont les éléments favorables à une expérience positive à l'accouchement.

Les capacités d'accès aux populations à des services de santé de qualité se reflètent dans les ratios de la mortalité maternelle. Assurer l'accès aux consultations prénatales, à l'accouchement auprès d'une assistance qualifiée et au suivi post-partum est essentiel pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles (Paxton et al., 2005). Comme la majorité des décès maternels surviennent au moment de l'accouchement et les 24 heures suivantes, l'assistance qualifiée à l'accouchement s'est avérée la stratégie la plus efficace pour atteindre cet objectif (Graham, Bell et Bullough, 2001). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), le nombre élevé de décès maternels s'explique en partie par les problèmes liés à la qualité des soins dans les structures de santé (Koblinsky et al., 2016). Les facteurs liés aux déficits en ressources humaines qualifiées, à l'insatisfaction au travail des professionnels de la santé, aux problèmes liés aux infrastructures et à l'approvisionnement en fournitures médicales ainsi qu'aux mécanismes de référence peu performants sont aussi fréquemment cités comme barrières importantes à l'offre de soins de qualité (Geleto et al., 2018; Kyei-Nimakoh et al., 2017; Munabi-Babigumira, Glenton, Lewin, Fretheim, et Nabudere, 2017).

2.1.1. Les déficits en ressources humaines qualifiées

Une première barrière importante à la qualité des soins dans les PRFI est liée aux problèmes engendrés par les déficits en ressources humaines qualifiées (Geleto et al., 2018; Munabi-Babigumira et al., 2017). Dans une déclaration commune de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), du Conseil international des infirmières (ICN), de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et de l'association internationale de pédiatrie (IPA), le personnel de la santé qualifié à l'accouchement se définit comme étant :

Un professionnel de la santé maternelle et néonatale compétent qui est éduqué, formé et réglementé conformément aux normes nationales et internationales. Ils sont compétents pour fournir et promouvoir des soins fondés sur des preuves, fondés sur les droits de l'homme, de qualité, sensibles à la culture et à la dignité des femmes et des nouveau-nés. Ils sont compétents dans la gestion du travail et de l'accouchement pour assurer une expérience d'accouchement positive aux

femmes. De plus, ils sont compétents pour identifier et gérer ou orienter les femmes et/ou les nouveau-nés présentant des complications de santé (WHO, 2018, p. 13).

En effet, le nombre insuffisant de sages-femmes, d'infirmiers et de médecins dans les PRFI a pour conséquence qu'un nombre important de femmes accouchent en l'absence d'un professionnel qualifié même lorsque celles-ci accouchent dans une structure de santé (Adegoke, Utz, Msuya et van den Broek, 2012).

Le déficit en ressources humaines qualifiées à l'accouchement a aussi un impact sur la qualité des soins en augmentant la charge de travail des professionnels de la santé, ce qui conduit à des retards dans la prise en charge des soins, des difficultés à administrer les soins obstétricaux de routine, à gérer les complications et à assurer des soins personnalisés (Geleto et al., 2018; Munabi-Babigumira et al., 2017). Dans certaines situations, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées peut amener le personnel de la santé à réaliser des actes de soins qui vont au-delà de leurs champs d'expertise (Ueno, Adegoke, Masenga, Fimbo et Msuya, 2015). Aussi, il est noté chez les professionnels de la santé novices un manque de supervision du personnel-cadre en raison de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et au manque de temps (Spangler, 2012).

La qualité des soins peut aussi être compromise par les compétences limitées des professionnels de la santé à pouvoir prendre en charge les grossesses et les accouchements normaux ou compliqués. Un facteur souvent évoqué pour expliquer ces compétences limitées consiste en des formations initiales et continues inadéquates (Munabi-Babigumira et al., 2017; Ueno et al., 2015). Au Bénin par exemple, le fait que la formation initiale soit ciblée uniquement sur la prise en charge des complications obstétricales et non sur celle de l'accouchement physiologique amène les sages-femmes à adopter des procédures médicales de routine souvent non nécessaires (Fujita et al., 2012). En Éthiopie, une étude en 2017 réalisée par Burrowes et ses collaborateurs a fait ressortir les faiblesses du programme de formation des sages-femmes sur les questions relatives à la communication, au respect, au choix des patientes et à leur autonomie (Burrowes, Holcombe, Jara, Carter et Smith, 2017). De façon plus générale en Afrique subsaharienne, les programmes de formation des

professionnels de la santé sont souvent en décalage avec les besoins d'apprentissage. Cela a pour conséquence que les professionnels de la santé, particulièrement ceux en début de carrière, ne possèdent pas toujours les connaissances et les compétences requises pour fournir des soins de qualité (Adegoke et al., 2012; Pettersson, 2007). Plusieurs études en Afrique subsaharienne ont d'ailleurs montré des lacunes importantes chez les professionnels de la santé en matière de connaissances et de compétences sur les soins recommandés à l'accouchement normal ou compliqué (Adegoke et al., 2012; Ameh et van den Broek, 2015; Geleto, Chojenta, Taddele, et Loxton, 2020; Ueno et al., 2015).

En plus des problèmes liés à la formation initiale, les professionnels de la santé dans les PRFI rencontrent des difficultés d'accès à la formation continue. Parmi celles-ci, notons à titre d'exemple le fait que les formations soient données sur les heures de travail du personnel, l'impossibilité d'être remplacé au travail en raison du manque de personnel, le nombre peu élevé de formateurs et le manque d'argent pour assister aux formations (Belizan et al., 2007).

2.1.2. L'insatisfaction au travail des professionnels de la santé

L'insatisfaction au travail est aussi une barrière reconnue à la qualité des soins. En Afrique subsaharienne, les principaux facteurs expliquant cette insatisfaction au travail sont en lien avec les problèmes financiers, le manque de compétences en leadership et en gestion des cadres supérieurs de la santé, le manque d'opportunité d'apprentissage, le manque de reconnaissance de leurs collègues et des patients, les possibilités d'avancement de carrière limitées, l'environnement de travail difficile, la surcharge de travail et les difficultés d'assurer un mentorat (Ayalew et al., 2019; Bonenberger, Aikins, Akweongo et Wyss, 2014; Burrowes et al., 2017; Muluneh et al., 2021).

L'insatisfaction au travail peut amener des comportements de retrait chez les professionnels de la santé comme de l'absentéisme, la rotation du personnel et l'intention de partir (Adegoke, Atiyaye, Abubakar, Auta et Aboda, 2015; Bonenberger et al., 2014). Il peut également donner lieu à des émotions indésirables qui peuvent conduire les professionnels de la santé à adopter une attitude négative envers les patients (Kim et al., 2018). En outre, l'insatisfaction au travail est liée à la démotivation, au stress, à l'épuisement professionnel et

à la dépression (Afulani et al., 2020; Dubale et al., 2019; Hagopian, Zuyderduin, Kyobutungi et Yumkella, 2009; Rouleau, Fournier, Philibert, Mbengue et Dumont, 2012; Van der Doef, Mbazzi et Verhoeven, 2012). Dans un tel cas, la performance et la productivité des professionnels de la santé sont compromises, tout comme la qualité des soins aux patients (Khamisa, Oldenburg, Peltzer et Ilic, 2015; Kim et al., 2018).

2.1.3. Les problèmes liés aux infrastructures et à l'approvisionnement en fourniture médicale

Une structure de santé pouvant administrer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) dispose de professionnels qualifiés ainsi que de matériels, d'équipements et de médicaments nécessaires pour : 1) l'administration parentérale des antibiotiques, des ocytocines et des anticonvulsivants, 2) l'extraction manuelle du placenta, 3) l'accouchement instrumental par voie basse et 4) l'évacuation manuelle des résidus du placenta dans l'utérus (Bailey, Lobis, Maine, & Fortney, 2009). Une structure de santé pouvant offrir les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) est en mesure d'assurer l'ensemble des SONUB auxquels s'ajoutent les transfusions sanguines et les césariennes (Bailey et al., 2009).

Dans la plupart des PRFI, les structures de santé disposant des SONUB et des SONUC sont souvent en nombre insuffisant pour répondre aux besoins des populations ou distribuées inégalement sur le territoire, renforçant ainsi les iniquités d'accès aux services de santé (Ganle, Parker, Fitzpatrick et Otupiri, 2014; Kruk et al., 2016). En outre, quand elles existent, elles sont confrontées à une insuffisance en matériels, en médicaments et en produits essentiels (Miltenburg, Kiritta, Bishanga, Van Roosmalen et Stekelenburg, 2017; Mkoka, Goicolea, Kiwara, Mwangi et Hurtig, 2014; Ueno et al., 2015). Par exemple, une étude évaluant la qualité des soins de la pratique des sages-femmes pendant le travail, l'accouchement et la période du post-partum immédiate en Tanzanie a montré une insuffisance en fournitures (67,4 %), en équipements (26,9 %) et en médicaments essentiels (52,1 %) dans les structures de santé visitées (Yigzaw et al., 2017). Dans une étude réalisée dans la région de Karamoja en Uganda, le manque de fournitures et d'équipements essentiels figurait comme la raison la plus souvent mentionnées par le personnel de santé pour

expliquer leur incapacité à fournir les soins obstétricaux d'urgence (Wilunda et al., 2015). Le Sénégal fait état d'une diminution dans l'approvisionnement en médicaments essentiels à l'accouchement dans les structures de santé du pays depuis 2017 : antibiotique injectable (71% à 59%), Sulfate de magnésium injectable (75% à 54%), Diazépam injectable (80% à 52%), solution intraveineuse avec kit pour perfusion (87 à 79%) (Agence nationale de la statistique et de la démographie [Sénégal] et ICF, 2020).

Ces problèmes peuvent limiter la prestation de soins de qualité et engendrer des risques pour la santé de la femme (Mkoka et al., 2014; Munabi-Babigumira et al., 2017). Ils peuvent aussi occasionner des retards dans la prise en charge des soins obstétricaux si l'indisponibilité de certains médicaments dans les structures de santé oblige les patients à se les procurer de façon autonome (Spangler, 2012). De plus, le manque de matériels peut conduire les professionnels de la santé à réutiliser ces derniers amenant ainsi des problèmes d'asepsie, de procédures qui peuvent nuire à la femme et de risque de contamination (Munabi-Babigumira et al., 2017). Le risque de contamination est d'autant plus augmenté si les infrastructures sont privées d'électricité ou d'accès à l'eau (Geleto et al., 2020; Spangler, 2012).

Finalement, les contraintes physiques des structures de santé telles que le manque d'espace et le surpeuplement des maternités sont associées à des problèmes d'intimité et de mobilité réduite pour les femmes en travail (Kabakian-Khasholian et Portela, 2017; Munabi-Babigumira et al., 2017). Elles peuvent aussi nuire à l'accompagnement par un proche au moment de l'accouchement (Kabakian-Khasholian et Portela, 2017; Munabi-Babigumira et al., 2017). Le nombre de lits disponibles dans les maternités est aussi la plupart du temps en nombre insuffisant pour répondre au volume d'accouchement des structures de santé. Ce qui occasionne des retards dans la prise en charge des soins, contraint les femmes à partager le même lit et réduit la durée de l'hospitalisation en post-partum (Geleto et al., 2020).

2.1.4. Les problèmes liés aux mécanismes de référence

Dans un système de santé efficace, déceler rapidement les complications obstétricales et diriger les femmes vers une structure pouvant administrer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) peuvent réduire de 46 % le nombre de décès maternels

(Pattinson et al., 2011). Or dans les PRFI, la perception négative des femmes quant à la qualité des soins offerts dans les centres de référence, l'incapacité des structures de référence d'accueillir les femmes, les moyens de transport non disponibles et le manque de fond pour payer l'essence limitent les mécanismes de références mis en œuvre au sein des structures de santé (Yasin, Geleto et Berhane, 2019).

Les problèmes liés aux mécanismes de référence augmentent le risque de morbidité et de mortalité maternelles si des délais sont observés dans le transfert des femmes vers la structure de référence, si des complications sont gérées au niveau des centres de santé primaire ou lorsque les femmes sont transférées sans être accompagnées d'un professionnel de la santé qualifié (Kyei-Nimakoh et al., 2017).

2.2. La violence obstétricale

Un obstacle majeur à la qualité des soins et à la perception de celle-ci est lié à la violence faite aux femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé. Ce phénomène observé à la fois dans les pays à faible, moyen et haut revenus se produit le long d'un continuum allant de la discrimination subtile à la violence manifeste (White Ribbon Alliance, 2011). En Afrique subsaharienne, les violences obstétricales semblent être une réalité observée dans l'ensemble de ces pays. Dans cette section, nous présenterons le fondement et l'évolution du concept de la violence obstétricale, ses causes sous-jacentes ainsi que ses conséquences pour la femme et son nouveau-né.

2.2.1. Fondement et évolution du concept

La problématique des violences faites aux femmes enceintes en milieu institutionnel n'est pas récente. Déjà dans les années 1970, éliminer les comportements irrespectueux, abusifs et coercitifs dans les maternités était au cœur des revendications de plusieurs groupes activistes et organisations professionnelles internationales (Grilo Diniz, Rattner, Lucas d'Oliveira, de Aguiar et Niy, 2018). Dans la littérature, la terminologie employée pour définir ces expériences diffère selon les auteurs. On y retrouve notamment les soins maternels irrespectueux, le manque de respect, les mauvais traitements, la maltraitance, la déshumanisation des soins et la violence obstétricale (Savage et Castro, 2017).

Au milieu du XXe siècle, l'avènement des interventions obstétricales a provoqué un changement drastique dans les pratiques entourant les naissances autant dans les pays développés que ceux en développement (Clesse, Lighezzolo-Alnot, de Lavergne, Hamlin et Scheffler, 2018). Dans bien des cas, l'avènement du modèle biomédical de l'accouchement s'est accompagné d'une utilisation excessive, inappropriée ou non nécessaire d'interventions obstétricales (Sadler et al., 2016). En 2007, le Venezuela fut le premier pays à criminaliser les violences faites aux femmes dans les structures de santé (D'Gregorio, 2010). Dans son article de loi, les violences obstétricales sont définies comme :

the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women (D'Gregorio, 2010, p. 201)

En 2010, le *United States Agency for International Development* (USAID) en collaboration avec une équipe de recherche en santé publique de l'Université d'Harvard publiait un rapport sur le manque de respect et l'abus des femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé (Bowser et Hill, 2010). À travers une recension de la littérature internationale, ces auteurs proposent une première définition des comportements abusifs et irrespectueux des femmes à partir d'une typologie comprenant sept catégories non exclusives, soit : 1) la violence physique; 2) l'absence de consentement; 3) l'absence de confidentialité; 4) le manque de dignité; 5) la discrimination fondée sur des attributs spécifiques; l'abandon ou l'absence de soins; et 6) la détention dans les structures de santé.

Suivant cette publication, bon nombre d'études utiliseront la typologie de Bowser et Hill pour tenter de définir et de mesurer le manque de respect et la maltraitance des femmes enceintes dans les structures de santé. La charte des soins maternels respectueux développée en 2011 par le *White Ribbon Alliance* (WRA) s'inspire également de la typologie proposée par ces auteurs pour interpréter et appliquer les droits fondamentaux de l'homme au contexte de la grossesse, de l'accouchement et des soins post-partum (White Ribbon Alliance, 2011).

Des critiques formulées à l'égard des propositions théoriques de Bowser et Hill amenèrent toutefois certains auteurs à proposer de nouvelles définitions. Pour Freedman et ses collaborateurs, le manque de respect et l'abus des femmes lors de l'accouchement doivent se définir en fonction des facteurs individuels, structurels et politiques suivant l'expérience des femmes et des professionnels de la santé ainsi que des normes collectives (Freedman et al., 2014). Ces auteurs définissent ainsi le manque de respect et l'abus lors de l'accouchement comme : « interactions or facility conditions that local consensus deems to be humiliating or undignified, and those interactions or conditions that are experienced as or intended to be humiliating or undignified » (Freedman et al., 2014, p. 916). Bohren et al. exposent quant à eux les limites méthodologiques de l'étude de Bowser et Hill en proposant une définition des mauvais traitements qui se veut davantage opérationnelle et basée sur la typologie suivante 1) abus physique; 2) abus sexuel; 3) abus verbal; 4) stigmatisation et discrimination; 5) incapacité d'atteindre les standards de soins; 6) mauvaise relation interpersonnelle entre le professionnel de la santé et les femmes; et 7) conditions et contraintes des systèmes de santé (Bohren et al., 2015).

Dans une déclaration officielle, l'OMS prit position pour : « la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé » (OMS, 2014, p. 1) afin d'inciter la communauté internationale à poser des actions pour remédier à cette problématique. Suivant cette publication, la plupart des écrits scientifiques réalisés en Afrique subsaharienne adoptèrent la terminologie du manque de respect et des mauvais traitements. Toutefois pour Sadler et ses collaborateurs, les interventions médicales excessives et le manque de respect des femmes lors de l'accouchement dans les structures de santé doivent être analysés en tant que conséquence des relations de pouvoir asymétriques et de la violence structurelle et de genre présentes dans le modèle de soins biomédical (Sadler et al., 2016). La violence obstétricale serait donc une meilleure terminologie pour désigner cette violence faite aux femmes lorsqu'elles accouchent dans les structures de santé (Sadler et al., 2016).

2.2.2. *Causes de la violence obstétricale*

Les causes sous-jacentes à la violence obstétricale dans les structures de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) sont multiples et peuvent s'expliquer par l'influence des inégalités socioéconomiques et de genre ainsi que par des facteurs liés au système de la santé (Sen, Reddy et Iyer, 2018).

Influence négative des inégalités socioéconomiques et de genre

L'influence négative du statut socioéconomique de la femme sur la survenue de la violence obstétricale est bien connue dans la littérature (Bradley, McCourt, Rayment et Parmar, 2016; Sen et al., 2018; Warren, Njue, Ndwiga et Abuya, 2017). En effet, les populations vulnérables telles que les pauvres, les adolescentes, les mères célibataires, les minorités ethniques, les immigrantes et les femmes séropositives rencontrent des difficultés importantes pour accéder à des services de santé de qualité (Bowser et Hill, 2010).

La violence obstétricale s'inscrit à l'intérieur des violences structurelles et de genre (Jewkes et Penn-Kekana, 2015). Le genre « fait référence aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités des filles, des femmes, des garçons, des hommes et des personnes de diverses identités de genre. Il influence la perception que les individus ont d'eux-mêmes ou d'autrui, leur manière d'agir ou d'interagir, ainsi que la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. » (Instituts de recherche en santé du Canada, 2020, par.3) Dans certains pays comme au Kenya, les normes et les attentes sociales de la femme contribuent à la normalisation de la violence obstétricale (Warren et al., 2017). Au Nigéria, la violence physique et verbale utilisée par les professionnels de la santé au moment de l'accouchement serait acceptée dès lors qu'elle est utilisée pour que les femmes obtempèrent aux demandes des sages-femmes ou pour garantir la survie du nouveau-né (Bohren et al., 2016). Au fil du temps, l'exposition répétée à la violence obstétricale au moment de l'accouchement dans les structures de santé a eu comme effet que ces actes de violence sont devenus une norme dans plusieurs PRFI (Ith, Dawson et Homer, 2013; Jewkes, Abrahams et Mvo, 1998). Par conséquent, les femmes ont souvent peu d'attentes envers les soins qu'elles vont recevoir, peuvent tolérer les actes de violence ou même ne pas reconnaître en faire l'expérience (Bohren et al., 2015; Bowser et Hill, 2010).

Les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé maternelle sont également confrontés à des barrières socioculturelles, économiques et professionnelles liées aux inégalités de genre (Filby, McConville et Portela, 2016). Un rapport publié en 2016 par l'OMS montre que sur 2 470 sages-femmes interrogées dans 93 pays différents, 36 % d'entre elles subissaient un manque de respect de la part de leur supérieur et 37 % étaient victimes d'harcèlement au travail (WHO, 2016). Dans les PRFI, la profession de sage-femme est soumise à des valeurs institutionnelles sexospécifiques qui se traduisent par un statut social inférieur dans la hiérarchie médicale et à un manque d'autonomie (Jewkes et al., 1998; Sen et al., 2018). Selon certains auteurs, la violence obstétricale serait donc un moyen utilisé par les sages-femmes pour affirmer leur autorité et leur pouvoir sur les femmes en contrôlant notamment le choix de la position à l'accouchement, le moment de pousser par les femmes lors de la phase de l'expulsion du fœtus ou le droit d'être accompagné par un proche (Afulani et al., 2020; Bradley et al., 2016; d'Oliveira, Diniz et Schraiber, 2002).

Facteurs liés au système de la santé

En Afrique subsaharienne, le domaine de la périnatalité est fortement influencé par l'histoire coloniale de ces pays qui ont peu à peu rejeté les connaissances et les modes d'accouchement traditionnels pour adopter le modèle biomédical des sociétés occidentales (Bradley et al., 2016). La formation médicale souvent basée sur les modèles de soins européens est principalement orientée vers les actes techniques et aborde peu les aspects relationnels de la profession (d'Oliveira et al., 2002; Sen et al., 2018). Cela a pour conséquence que les professionnels de la santé considèrent les femmes qui se présentent pour accoucher comme des patientes à soigner (d'Oliveira et al., 2002). Aussi, les formations sont souvent décrites comme étant difficiles, punitives et encourageant une culture sociale de distance entre les professionnels de la santé et les femmes (d'Oliveira et al., 2002; Jewkes et al., 1998). Ainsi, la formation reçue aurait des effets sur l'attitude et les comportements des professionnels qui chercheraient à vouloir éduquer les femmes en termes de bon comportement à adopter au moment de l'accouchement (Bowser et Hill, 2010; d'Oliveira et al., 2002). Ces éléments contribuent à l'asymétrie de pouvoir entre les femmes et les professionnels de la santé puisque ces derniers sont alors considérés comme plus éduqués et détenteurs de la

connaissance (; Warren et al., 2017). Les femmes s'en remettent donc à eux lorsque vient le temps de prendre des décisions concernant les soins à privilégier pendant l'accouchement (Warren et al., 2017). Dans ces rapports de pouvoir inégaux, les femmes peuvent aussi être plus réticentes à vouloir dénoncer les actes de violence lorsqu'elles en font l'expérience (Warren et al., 2017).

Les problèmes liés à la disponibilité des services, à l'environnement physique et aux conditions de travail des professionnels de la santé sont aussi reconnus comme des facteurs responsables de la violence obstétricale (Afulani et al., 2020; Sen et al., 2018; Warren et al., 2017). Le surpeuplement des salles de naissance, l'absence de chambre individuelle et les rideaux en nombre insuffisant rendent difficile le maintien de l'intimité et de la confidentialité des femmes (Warren et al., 2017). En outre, certaines conditions de travail difficiles causées notamment par l'insuffisance en ressources humaines, en médicaments et produits essentiels, contribuent au stress et à l'épuisement professionnel (Afulani et al., 2020). Ces situations stressantes rendent les sages-femmes irritables, impatientes et en colère, augmentant ainsi les chances de la survenue de violence obstétricale (Afulani et al., 2020).

Finalement, l'absence de mécanismes de dénonciation et les difficultés d'avoir recours au système juridique pour incriminer les mauvais comportements des professionnels de la santé encouragent la reproduction de la violence au moment de l'accouchement dans les structures de santé (Bowser et Hill, 2010; Warren et al., 2017).

2.2.3. Conséquences directes et indirectes de la violence obstétricale

Les violences faites aux femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé sont une violation de leurs droits fondamentaux et constituent une menace à la santé, à l'intégrité physique et à l'égalité aux traitements (OMS, 2014). Ces expériences négatives peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et psychologique de la femme ainsi que sur sa vie sexuelle.

Tout d'abord, les conséquences de la violence obstétricale sur la santé physique de la femme sont multiples. D'une part, l'insatisfaction et la perte de confiance des femmes dans le système de la santé à la suite d'une expérience d'accouchement traumatisante peuvent amener un retard dans la recherche de soins ou conduire les femmes à privilégier les accouchements à domicile (Bohren et al., 2015; Bowser et Hill, 2010; Kujawski et al., 2015). En accouchant à domicile sans professionnel de la santé qualifié, les femmes courent un risque élevé de morbidité ou de mortalité maternelle (Bradley et al., 2016). D'autre part, l'utilisation excessive, inutile ou potentiellement nuisible de certaines interventions médicales peut causer des complications chez la femme telles qu'une rupture utérine, des lacerations périnéales, des blessures du sphincter anal ou un prolapsus utérin (Miller et al., 2016).

Ensuite, la violence obstétricale peut avoir des conséquences sur la santé psychologique des femmes. Récemment, plusieurs études ont associé le manque de respect et les mauvais traitements lors des accouchements institutionnalisés au développement de la dépression post-partum (Leite, Pereira, Leal et da Silva, 2020; Silveira et al., 2019; Souza, Rattner et Gubert, 2017) et du syndrome du stress post-traumatique (De Schepper et al., 2016; Patterson, Hollins Martin et Karatzias, 2019).

Finalement pour plusieurs femmes, l'expérience de violence obstétricale déclenche une peur d'enfanter ou d'accoucher par voie basse influençant ainsi leur désir d'avoir à nouveau des enfants (Schroll, Kjærgaard et Midtgaard, 2013). Elle peut aussi impacter la manière dont les femmes vont percevoir et respecter leurs corps et affecter leur vie sexuelle (Schroll et al., 2013).

2.3. Les interventions préconisées pour réduire les violences obstétricales

La section suivante dresse le portrait des interventions actuellement préconisées pour réduire la prévalence de la violence obstétricale et améliorer l'expérience de soins des femmes. Elle recense d'abord les différentes interventions disponibles pour discuter ensuite de leur efficacité.

2.3.1. Interventions disponibles

Comme discuté précédemment, les causes sous-jacentes à la violence obstétricale sont multidimensionnelles (Bohren et al., 2015). En ce sens, les interventions visant à lutter contre ces mauvais traitements sont souvent complexes et impliquent des mesures prises à différents niveaux du système de la santé (Downe, Lawrie et al., 2018). Elles incluent entre autres la mise en place de lois, de politiques et de protocoles, la formation ou le développement de programmes éducatifs ainsi que la mise en œuvre d'interventions dans les structures sanitaires ou dans les communautés (Reis et al., 2012). La logique derrière la plupart de ces interventions peut être classée selon trois mouvements: 1) l'accouchement humanisé, 2) l'approche fondée sur les droits de l'homme et 3) les soins de maternité respectueux (Downe, Lawrie, et al., 2018). Au regard de la littérature, la cartographie des interventions suggère une prédominance de l'adoption du mouvement pour un accouchement humanisé dans les pays à revenu élevé et ceux de l'Amérique de Sud alors que celle pour les soins de maternité respectueux se retrouve davantage dans les pays de l'Afrique subsaharienne (Curtin, Savage et Leahy-Warren, 2020; Downe, Lawrie, et al., 2018). Les interventions basées sur l'approche fondée sur les droits de l'homme quant à elles sont universelles (Reis et al., 2012).

Au Sénégal, l'intervention mise en place par le gouvernement est inspirée du mouvement pour l'accouchement humanisé. La participation de la JICA dans ce projet explique ce choix. En effet depuis plus de 20 ans, cet organisme a collaboré avec de multiples partenaires gouvernementaux pour améliorer la santé maternelle et infantile à travers la mise en œuvre d'interventions pour rendre les accouchements humanisés. En plus du Sénégal, des interventions ont été développées et implantées au Brésil, en Bolivie, en Arménie, à Madagascar, au Bénin et au Cambodge (Nakamura, 2019). En 2020, le gouvernement du Sénégal conjointement avec la JICA ont toutefois décidé de modifier leur intervention afin de suivre la tendance en Afrique d'opter pour des interventions pour des soins de maternité respectueux (ministère de la Santé et de l'action sociale et Japan International Cooperation Agency, 2020). Lors de la conduite de la présente étude, le projet n'avait toutefois pas encore subi cette modification.

Le mouvement de l'accouchement humanisé

À travers le temps, l'accouchement a toujours été un processus physiologique normal. Toutefois dans les années 1950, la conception de la grossesse et de l'accouchement a subi une modification pour devenir un évènement à risque élevé pour les femmes découlant vers une médicalisation du processus (Laurendeau, 1987). Selon Laurendeau, la médicalisation de l'accouchement se définit comme : « la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition et le déroulement du processus de la naissance [...] » (1987, p. 147). Si dans les pays occidentaux le modèle biomédical de l'accouchement a suivi une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, il a souvent conduit à une utilisation excessive des interventions obstétricales et à une pratique de soins déshumanisante, non fondée sur les évidences scientifiques, inutile et potentiellement dangereuse pour les femmes (Miller et al., 2016; Wagner, 2001). L'exemple le plus illustrant de ce phénomène est la césarienne qui est une intervention chirurgicale reconnue pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales si médicalement justifiée (Hannah et al., 2000). Alors que l'on estime entre 10 à 15 % le taux de césarienne idéal (WHO, 2015), certains pays à revenu intermédiaire comme le Brésil (55,6 %) ou la République dominicaine (56,4%) rapportent des taux élevés de césarienne suggérant une pratique excessive et inutile pouvant affecter la santé de la femme à court ou à long terme (Betrán et al., 2016).

Vers la fin des années 1970, plusieurs groupes activistes et organisations professionnelles dénoncèrent les violences obstétricales et revendiquèrent l'humanisation et la réappropriation de la grossesse et de l'accouchement par les femmes (Grilo Diniz et al., 2018). Au Québec par exemple, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) en collaboration avec le ministère des Affaires sociales (MAS) organisa en 1980 des colloques intitulés « Accoucher ou se faire accoucher » afin d'encourager la discussion sur les nouvelles pratiques entourant la périnatalité (Valentini, 2010). Au cours de la même année, l'organisation féministe Le Regroupement Naissance-Renaissance fut créée afin de militer pour la reconnaissance des droits, du pouvoir et de l'engagement des femmes dans l'ensemble des aspects entourant leur expérience périnatale (Regroupement Naissance-Renaissance, 2014). En avril 1985, l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) organisèrent une conférence interdisciplinaire à Fortaleza sous le thème des interventions

appropriées pour l'accouchement (WHO et PAHO, 1985). Au Brésil, un mouvement social pour le changement donna lieu en 1993 à la création du *Réseau pour l'accouchement humanisé* (ReHuNa) (Grilo Diniz et al., 2018). Toutefois, ce n'est qu'à la suite de la conférence sur l'accouchement humanisé de Fortaleza en 2000 que ce mouvement prit réellement son essor sur la scène internationale (Page, 2001).

Le concept de l'accouchement humanisé tout comme les conditions nécessaires pour y accéder comportent de multiples interprétations dans la littérature. Pour Carvalho et al., il s'agit d'un: « concept of birthing based on a profound respect for women's dignity and freedom, as the conductor of their own birth process, allowing her to choose where, how and with whom to give birth » (Carvalho, Chacham et Viana, 1998, p. S59). Une récente analyse conceptuelle définit l'accouchement humanisé selon trois attributs spécifiques : 1) l'interaction avec l'être humain, 2) la bienveillance et 3) le fait d'être un protagoniste (Curtin et al., 2020). Tout d'abord, la relation interpersonnelle entre la femme, les familles et les professionnels de la santé est un élément reconnu pour une expérience d'accouchement positive (Downe, Finlayson, et al., 2018). Pour réduire l'autoritarisme des professionnels de la santé et établir un climat de confiance, il importe que cette interaction englobe une communication efficace, un soutien émotionnel et une collaboration entre les personnes concernées (Curtin et al., 2020). Un second thème récurrent dans la définition du concept de l'humanisation des naissances comprend les attitudes et les comportements des professionnels de la santé qui se doivent d'être patients, tolérants, polis, attentionnés et optimistes (Curtin et al., 2020). Finalement, la participation active de la femme dans le processus de soins et la prise de décision partagée pour assurer des soins basés sur les données probantes sont également des éléments essentiels à ce concept (Curtin et al., 2020).

En plus des éléments énoncés précédemment, l'environnement dans lequel la naissance a lieu influence l'expérience de soins des femmes. Selon plusieurs auteurs, un accouchement humanisé devrait avoir lieu dans un système de santé décentralisé avec l'offre de soins pour les accouchements normaux au niveau des services de santé primaire disponibles dans les communautés (Misago, Umenai, Onuki, Haneda et Wagner, 1999; Page, 2001; Wagner, 2001). C'est dans cette optique que plusieurs pays tels que le Canada et le Japon ont permis

la création de maisons de naissance souvent dirigées par des sages-femmes pouvant offrir des alternatives au modèle biomédical de l'accouchement (Page, 2001; Valentini, 2010). Dans le cadre de l'intervention de l'accouchement humanisé au Sénégal, le ministère de la Santé et de l'action sociale (MSAS) et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) ont plutôt opté pour le réaménagement spatial des services de maternité afin de pouvoir offrir des salles de naissance individualisées et adaptées sur le plan technique (ministère de la Santé et de l'action sociale, s.d.).

Dans certains pays comme le Canada, la Grande-Bretagne et la Nouvelle-Zélande, le mouvement pour l'accouchement humanisé a joué un grand rôle dans la reconnaissance et le développement de la profession sage-femme (Page, 2001). Le modèle de continuité des soins dispensés par les sages-femmes comporte beaucoup de similitudes avec l'approche de l'accouchement humanisé. Les éléments clés de ce modèle sont : la continuité des soins; la surveillance du bien-être physique, psychologique, spirituel et social de la femme et de sa famille; l'offre de soins éducationnels, de conseils et de soins prénataux individualisés; la présence et le soutien en continu d'une sage-femme pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale; la réduction du recours aux interventions technologiques inutiles; et l'identification, le transfert et la coordination des soins pour les femmes présentant des complications obstétricales (Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2016).

L'approche fondée sur les droits de l'homme

Cette approche s'appuie sur les divers traités internationaux relatifs aux droits de l'homme tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme; la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; le Pacte international relatif aux droits civils et politiques; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes; le rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme; et la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes de Beijing (White Ribbon Alliance, 2011). La mortalité maternelle se distingue des autres causes de décès par son caractère discriminatoire fondé sur le genre et l'influence des

inégalités socioéconomiques dans l'accès aux services de santé (Freedman, 2001). Les interventions basées sur cette approche ont donc pour objectif d'éliminer les inégalités sociales et de santé, les pratiques discriminatoires et les relations de pouvoir injustes qui sont souvent à la base des politiques et des interventions en santé (Hunt et al., 2013).

Une des stratégies utilisées pour y parvenir est la reconnaissance des droits de la femme dans le domaine de la santé maternelle (White Ribbon Alliance, 2011). En 2011, le White Ribbon Alliance (WRA) proposa la charte des droits de la femme et de l'enfant qui stipule que :

- 1) Chacun et chacune a droit à la protection de son intégrité, sans préjudice ni mauvais traitement ;
- 2) Chacun et chacune a droit à l'information, au consentement éclairé et au respect de ses choix et préférences, y compris en ce qui concerne l'accompagnant souhaité durant les soins de maternité et le refus de procédures médicales ;
- 3) Chacun et chacune a droit à la protection de sa vie privée et à la confidentialité ;
- 4) Chacun et chacune constitue une personne à part entière dès le moment de la naissance et a le droit d'être traité avec dignité et respect ;
- 5) Chacun et chacune a droit à l'égalité, à l'absence de discrimination et à des soins équitables ;
- 6) Chacun et chacune a droit aux soins de santé et au meilleur état de santé possible ;
- 7) Chacun et chacune a droit à la liberté, à l'autonomie, à l'autodétermination et à l'absence de détention arbitraire ;
- 8) Chaque enfant a le droit d'être avec ses parents ou gardiens ;
- 9) Chaque enfant a droit, dès sa naissance, à une identité et à une nationalité ;
- 10) Chacun et chacune a droit à une alimentation adéquate et à l'eau propre.

Une seconde stratégie utilisée consiste en la mise en œuvre de mécanismes juridiques formels et au développement de mesures de régulation des droits de la femme enceinte au sein des structures de santé (Freedman, 2001; Ratsma et Malongo, 2009). L'utilisation de l'approche fondée sur les droits de l'homme dans l'élaboration des politiques de santé maternelle permet l'identification des interventions à prioriser pour assurer l'accès universel aux services de

santé (Freedman, 2001). Ces politiques tiendront compte par exemple des délais dans la prise en charge des complications obstétricales en assurant la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins dans les structures sanitaires (United Nations Human Rights Council, 2012). Enfin, l'élaboration de normes de pratiques basées sur les évidences professionnelles et le développement d'audits sont également des stratégies utilisées pour assurer la qualité des soins et le respect des droits de la femme enceinte (de Pinho, 2013). À cet effet, l'OMS joua un grand rôle dans la publication de normes de pratiques formulées sur la base des preuves scientifiques pour les accouchements (OMS, 1997, 2018). En ce qui concerne les audits, un projet ambitieux réalisé par un groupe de travail composé de l'OMS, de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), de l'Association internationale de pédiatrie (IPA) et du White Ribbon Alliance (WRA) a identifié une liste de dix critères spécifiques à la période périnatale permettant de certifier une structure sanitaire comme étant « *Maternités amies des mères et des enfants* » (Miller et Lalonde, 2015).

Les soins de maternité respectueux

Le mouvement pour les soins de maternité respectueux est né à la suite de la reconnaissance que plusieurs femmes à travers le monde font l'expérience de manque de respect, d'abandon et de mauvais traitements au moment de l'accouchement dans les structures de santé (Bowser et Hill, 2010). Les attitudes et les comportements des professionnels de la santé influencent de manière positive ou négative la qualité et l'expérience de soins des femmes (Mannava, Durrant, Fisher, Chersich et Luchters, 2015). Améliorer la relation interpersonnelle entre les femmes, les familles et les professionnels de la santé est devenu un enjeu essentiel dans les efforts pour réduire la mortalité maternelle (Tunçalp et al., 2015). Le mouvement pour les soins de maternité respectueux se distingue des autres approches par sa visée de changement dans les valeurs, les attitudes et les comportements des professionnels de la santé pour diminuer les pratiques irrespectueuses et abusives au moment de l'accouchement (Downe, Lawrie, et al., 2018a).

Selon l'OMS, les soins de maternité respectueux signifient : « Des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à

garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement » (OMS, 2018, p. 4). Le nouveau modèle de soins de qualité de l'OMS intègre trois domaines spécifiques à l'expérience de soins de la femme : la communication efficace, les soins maternels respectueux et la dignité préservée ainsi que le soutien émotionnel (OMS, 2018).

Les interventions adoptant l'approche des soins de maternité respectueux incluent par exemple des formations pour la transformation des valeurs et des attitudes des professionnels de la santé, des formations pour le développement de leurs compétences en communication, la mise en œuvre d'équipe d'amélioration de la qualité des soins, un service de mentorat par les pairs et l'amélioration des conditions de travail des professionnels (Downe, Lawrie, et al., 2018a).

2.3.2. *L'état des connaissances sur la mise en œuvre et les effets des interventions*

Alors qu'il existe un nombre important d'études s'intéressant à la définition et aux déterminants du manque de respect et de la maltraitance des femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé (Bradley et al., 2016), les écrits sur l'analyse de la mise en œuvre et des effets de ces interventions sont encore rares.

Vers la fin du XXe siècle, les modèles de soins encourageant **l'approche de l'accouchement humanisé** furent fortement critiqués par la communauté médicale qui, malgré l'absence de preuves, considérait le modèle biomédical de l'accouchement plus sécuritaire pour les femmes (Page, 2001). Ce fut le cas notamment de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* et l'*American Medical Association (AMA)* qui se positionnèrent en opposition à celles-ci (Lowe, 2009). Tout comme certains cliniciens qui critiquèrent les fondements éthiques et scientifiques justifiant le droit aux naissances planifiées à domicile (Chervenak et al., 2013). Des critiques rejetées par des études menées dans les pays à revenu élevé qui ont montré les avantages de l'utilisation de ce modèle d'accouchement sur la santé de la mère en termes de réduction des naissances prématurées < 37 semaines, d'augmentation des chances d'avoir un accouchement vaginal spontané et de réduction du recours à

l'utilisation des interventions obstétricales telles que la péridurale, l'épisiotomie et l'accouchement instrumental (Johnson et Daviss, 2005; Sandall et al., 2016). En outre, les femmes adoptant le modèle de l'accouchement humanisé semblent éprouver un niveau de satisfaction des soins plus élevé en comparaison avec celles qui accouchent selon le modèle biomédical (Ferrer, Jordana, Meseguer, García et Roche, 2016; Sandall et al., 2016).

La littérature sur l'efficacité de ce modèle de soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) est embryonnaire. Les quelques études qui existent suggèrent que ce dernier peut améliorer la santé maternelle et néonatale ainsi que la satisfaction de l'expérience de soins des femmes. Par exemple, un essai clinique prospectif en groupe parallèle contrôlé randomisé réalisé dans le département d'obstétrique de l'hôpital de Fujian à Fuzhou en Chine montre des résultats prometteurs (Jiang et al., 2018). L'objectif de cette étude était de déterminer les effets de ce modèle de soins sur l'issue de l'accouchement des femmes primipares en santé (Jiang et al., 2018). Les femmes du groupe d'intervention accouchaient dans un environnement calme et humanisé, assistées d'une sage-femme qui reconnaît l'importance du processus physiologique de l'accouchement et accompagnées par leur proche. Les femmes du groupe contrôle accouchaient selon le modèle biomédical assistées par un médecin (Jiang et al., 2018). L'étude montre des résultats statistiquement significatifs dans le groupe d'intervention pour ce qui est de la diminution du nombre d'accouchements vaginaux spontanés, du nombre de césariennes, de la perte sanguine au cours des deux premières heures en post-partum et de la durée totale du travail de l'accouchement (Jiang et al., 2018). Les femmes dans le groupe d'intervention étaient également moins susceptibles de recevoir des médicaments analgésiques opioïdes et de subir des examens vaginaux pendant le travail (Jiang et al., 2018).

Depuis 2013, le ministère palestinien de la Santé en collaboration avec l'organisation humanitaire non gouvernementale Norwegian Aid Committee (NORWAC) a implanté un modèle de soins pour des accouchements humanisés dans six hôpitaux publics et trente-sept villages de la région de West Bank (Mortensen et al., 2019). Dans ce modèle de soins, les sages-femmes effectuent des campagnes de sensibilisation ainsi que des consultations prénatales et postnatales dans les villages et offrent des soins à l'accouchement dans les

hôpitaux (Mortensen et al., 2019). En 2019, Mortensen et ses collaborateurs ont conduit une étude rétrospective de cohorte afin de comparer les données provenant des registres des hôpitaux de la ville de Naplouse entre les femmes ayant accouché selon l'intervention de celles ayant accouché selon le modèle biomédical. Les résultats de cette étude rapportent une diminution significative chez les femmes ayant accouché selon l'intervention du nombre de césariennes non planifiées, du nombre d'accouchements déclenchés artificiellement, de la présence d'anémie en post-partum (Hb ≤ 11 g/dl) et de la réduction du nombre de naissances prématurées inférieures à 37 semaines. Aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne le nombre d'accouchements vaginaux spontanés, le nombre de décès néonatal et le score d'Apgar (Mortensen et al., 2019).

Le « *Primary care onsite midwife-led birth unit* » (OMBU) est un modèle de soins mis en place au centre hospitalier Frère à Est London en Afrique du sud afin de permettre aux femmes de leur offrir la possibilité de vivre un accouchement à faible coût, limité en intervention médicale, assisté par une sage-femme et où les femmes sont accompagnées par un proche (Hofmeyr et al., 2014). Une étude avant-après réalisée par Hofmeyr et ses collaborateurs en 2014 rapporte une diminution des mortalités maternelle et périnatale après la mise en place de l'OMBU. Selon les auteurs, ces résultats sont toutefois à prendre avec précautions puisque l'étude ne permet pas de confirmer que ces résultats ne soient pas attribuables à d'autres facteurs externes tels que des changements dans le profil de risque des parturientes ou l'amélioration du service de maternité non liés à l'intervention (Hofmeyr et al., 2014).

Au Sénégal, la documentation disponible sur l'accouchement humanisé se limite à un rapport d'évaluation finale (ISSA, 2018) et à une étude quantitative sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes vis-à-vis de l'accouchement humanisé dans le district sanitaire de Kolda (Ba, 2019). En ce qui concerne le rapport d'évaluation, les résultats suggèrent un niveau de satisfaction supérieur chez les femmes ayant accouché selon l'accouchement humanisé de celles ayant accouché en absence de l'intervention à l'exception de la région de Thiès qui s'explique par des problèmes organisationnels rencontrés dans les sites sélectionnés pour les zones d'intervention (ISSA, 2018). Quant à

l'étude de Ba, la majorité des femmes étaient satisfaites de leur expérience de soins (Ba, 2019). La satisfaction des soins a été associée de manière statistiquement significative avec la présence d'encouragements des prestataires de soins à l'issue de l'accouchement. Cependant, les possibilités de boire et manger pendant le travail et de choisir sa position à l'accouchement n'ont pas été associées à la satisfaction des soins (Ba, 2019). Enfin, l'association entre la présence d'un accompagnateur et la satisfaction des femmes n'a pas été évaluée dans cette étude. Cette étude a aussi révélé des faiblesses dans la mise en œuvre de l'intervention citons notamment le manque de connaissance de l'intervention chez les femmes et les lacunes dans la pratique du modèle de soins chez les professionnels de la santé (Ba, 2019). Ces problèmes ont eu pour effets que seulement 40,8 % des femmes rencontrées avaient déjà entendu parler de l'accouchement humanisé, 40,1% avaient été en mesure de choisir leur position à l'accouchement et seulement 26,35 % des femmes avaient été accompagnées par un proche au moment de l'accouchement (Ba, 2019).

Dans la littérature, il existe peu d'études analysant les effets des interventions visant à améliorer la qualité des soins et réduire les violences obstétricales basées sur **l'approche fondée sur les droits de l'homme**. Les raisons évoquées à cela sont la complexité des interventions qui rend difficile leur analyse et le manque de financement octroyé à cet effet (Hunt et al., 2013). Toutefois, les rares études qui existent dans les PRFI suggèrent que ces dernières ont le pouvoir d'augmenter l'utilisation des services de santé maternelle (George, Branchini et Portela, 2015) et d'améliorer la santé maternelle et néonatale (Hunt et al., 2013). Dans certains contextes, des initiatives impliquant la participation des membres de la collectivité locale dans la reconnaissance des droits de la personne et la surveillance de la prestation des soins de santé primaire ont montré des résultats positifs. En Afrique du Sud par exemple, quatre institutions universitaires se sont alliées avec six organisations de la société civile pour former le « *Learning Network for Health and Human Rights (LN)* » (London, Himonga, Fick et Stuttaford, 2014). Entre 2008 et 2011, le LN a participé à plusieurs activités pour l'identification des meilleures pratiques pour la réalisation du droit à la santé notamment par le développement d'outils, la recherche-action, la formation et le renforcement des capacités ainsi que la défense des droits (London, Fick, Tram et Stuttaford, 2012). L'analyse des diverses activités réalisées dans le cadre de ce projet a montré que

l'utilisation des sociétés civiles peut aider à combler le fossé qui existe entre l'engagement pris par l'État de faire respecter les droits de la personne et la réalisation de ceux-ci dans les politiques et les systèmes de santé (London et al., 2012). En 2004, le gouvernement de l'Ouganda, en collaboration avec des employés de l'Université de Stockholm et de la Banque Mondiale, a mis en place le projet pilote « *Citizen report card* » ayant pour objectif de renforcer la participation et la surveillance communautaire de la prestation des soins de santé primaires (Björkman et Svensson, 2009). En 2009, une étude quasi expérimentale avec groupe contrôle non équivalent a été réalisée par Bjorkman et Svensson dans le but de comparer la perception des membres de la communauté et des prestataires de soins sur la qualité et l'efficacité des services de santé (Björkman et Svensson, 2009). Un an après que le projet a été initié, l'intervention a eu un impact significatif sur les structures sanitaires en ce qui a trait à la surveillance (boîte à suggestion) et à l'information (affiches sur la gratuité des soins) (Björkman et Svensson, 2009). Un impact positif a également été observé en ce qui concerne l'amélioration des conditions sanitaires (propreté des lieux, condition des meubles, odeur de la structure sanitaire) ainsi que des pratiques de soins (réduction du temps d'attente et informations sur la santé) (Björkman et Svensson, 2009). Aucune différence significative n'a été observée en lien avec la présence d'affiches indiquant les droits des usagers et l'approvisionnement en médicaments entre les groupes d'intervention et de contrôle (Björkman et Svensson, 2009).

Concernant les interventions qui adoptent **l'approche pour les soins de maternité respectueux**, la plupart des études présentement disponibles suggèrent que celles-ci ont aussi le potentiel d'améliorer la qualité des soins et de réduire la survenue de la violence obstétricale (Downe, Lawrie, et al., 2018a). En Tanzanie, une intervention à composantes multiples nommée le Staha Project a été mise en place afin de remédier au manque de respect et aux abus des femmes au moment de l'accouchement dans les structures de santé (Kujawski et al., 2017). À travers un processus participatif, des stratégies ont été déployées au niveau de la communauté et des structures de santé (Kujawski et al., 2017). Il s'agit de l'adoption d'une charte services à la clientèle définissant les normes et les standards de pratique ainsi que des initiatives d'amélioration de la qualité des soins dans un service de maternité du pays (Kujawski et al., 2017). Une étude comparative avant après avec groupe de contrôle non

équivalent a été réalisée en 2017 par Kujawski et ses collaborateurs dans le but d'analyser l'efficacité de cette intervention sur la réduction des expériences de manque de respect et de comportements abusifs chez les femmes qui ont accouché à la maternité de l'hôpital du district de Korogwe. Les résultats de cette étude suggèrent que l'intervention est associée de façon significative à un risque moins élevé pour les femmes de subir un manque de respect ou des comportements abusifs au moment de l'accouchement (Kujawski et al., 2017). Les femmes appartenant au groupe d'intervention ont aussi noté un niveau de satisfaction et une appréciation de la qualité des soins plus élevés que celles du groupe contrôle (Kujawski et al., 2017). Aucune différence significative n'a été rapportée en ce qui concerne l'absence de confidentialité et les soins déshumanisés (Kujawski et al., 2017).

En 2011, un projet nommé Heshima a été mis en œuvre dans treize structures de santé des comtés de Kisumu, Kiambu, Nyandarua et Uasin Gishu ainsi que dans un bidonville de la périphérie de Nairobi au Kenya (Abuya et al., 2015). L'objectif du projet Heshima était d'identifier les interventions abordables et réalisables pouvant être implantées au niveau national, au niveau des structures de santé et dans la communauté afin de pouvoir réduire le manque de respect et les comportements abusifs chez les femmes qui accouchent dans les structures de santé à partir d'un processus itératif d'apprentissage par la pratique (Abuya et al., 2015). Le projet comprend de multiples activités telles que des formations sur les soins de maternité respectueux, une équipe d'amélioration de la qualité, un service d'aide aux employés, un mécanisme de signalement, un mentorat par les pairs, des journées portes ouvertes à la maternité, des ateliers communautaires ainsi que des services d'aide et de médiation dans les communautés (Abuya et al., 2015). Entre 2011 et 2014, une étude avant après sans groupe de comparaison a été réalisée par Abuya et ses collaborateurs dans le but de mesurer les effets du projet Heshima sur la réduction de la prévalence du manque de respect et des comportements abusifs au moment du travail et de l'accouchement. Les résultats de l'étude montrent que de manière générale, la prévalence du manque de respect et des comportements abusifs des femmes a suivi une réduction significative de 7 % suivant l'implantation du projet Heshima. Les entrevues réalisées auprès des femmes montrent une différence statistiquement significative en ce qui a trait à la violence physique, la violence verbale, le bris de confidentialité et la détention entre les femmes interrogées au départ et

celle à la fin du projet. Bien que non significatif, les femmes rencontrées à la fin de l'intervention ont été plus nombreuses à se sentir abandonnées pendant les soins (Abuya et al., 2015). Lors des observations dans le milieu, la prévalence des soins non consentis et des femmes partageant le même lit au cours de la période postnatale était plus fréquente à la fin du projet qu'au début (Abuya et al., 2015). Selon les auteurs, ces résultats seraient attribuables à la mise en œuvre simultanée d'une politique de gratuité des soins sans mesures d'accompagnement (Abuya et al., 2015).

Comme pour l'accouchement humanisé au Sénégal (Ba, 2019) et le projet Heshima au Kenya (Abuya et al., 2015), les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des interventions sont souvent responsables des effets limités observés en termes de gains sanitaires. Par exemple, une étude portant sur une intervention pour des soins de maternité respectueux en Éthiopie montre des résultats limités en raison des contraintes physiques des structures de santé, du manque de matériels et de la surcharge de travail des professionnels de la santé (Asefa, Morgan, Bohren et Kermode, 2020). Une étude réalisée par Mselle et ses collaborateurs en 2018 a identifié certaines barrières à l'adoption du modèle de l'accouchement humanisé en Tanzanie (Mselle, Kohi et Dol, 2018). Il s'agit du manque d'espace, du déficit en personnel de santé, des normes institutionnelles et pratiques qui n'encouragent pas la présence d'un accompagnateur, de la croyance que la position à l'accouchement devrait être limitée et du manque de respect pour les traditions et la culture (Mselle, Kohi et Dol, 2018).

2.3.3. *Synthèse de la littérature*

Dans la lutte contre la mortalité maternelle, il est devenu évident qu'assurer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé est insuffisant si les soins offerts dans les maternités ne sont pas de bonne qualité. Cette recension des écrits aborde la question des violences obstétricales en tant que problématique majeure de la qualité des soins au moment de l'accouchement dans les structures de santé. En dépit d'une littérature grandissante sur le sujet, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur la définition de ces expériences traumatisantes pour les femmes. Cependant, la reconnaissance des conséquences de la violence obstétricale explique les mouvements de mobilisation internationale pour des soins de maternité respectueux, humanisés et alignés avec les droits de la personne. Les causes de

la violence obstétricale sont multidimensionnelles. Les interventions préconisées pour y remédier sont donc souvent complexes avec plusieurs composantes rendant difficile l'analyse de leur efficacité.

Bien qu'elles visent toutes à améliorer la qualité des soins par une expérience positive de l'accouchement, les stratégies utilisées varient considérablement d'une intervention à l'autre. Aussi, la littérature nous a montré que les facteurs contextuels (valeurs, contexte de mise en œuvre) influencent considérablement les résultats de ces interventions alors qu'ils sont peu étudiés. Par exemple, actuellement, peu d'études se sont intéressées à l'acceptabilité sociale et aux effets de l'accouchement humanisé sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal.

Pour comprendre ces effets sociaux (Samb, 2014), nous allons recourir aux approches qualitatives dont la pertinence n'est plus à démontrer. En effet, elles permettent de mieux ouvrir la « boîte noire » des interventions de santé complexe et de mieux comprendre l'influence du contexte dans la production de leurs effets (Belaid, Bodson, Ridde, Samb et Turcotte-Tremblay, 2016).

CHAPITRE 3 : CADRE D'ANALYSE

L'accouchement humanisé au Sénégal est une intervention de santé complexe qui implique diverses stratégies déployées au niveau des structures sanitaires et des communautés telles que le réaménagement spatial des maternités, la fourniture en équipements, la formation du personnel ainsi que la sensibilisation des communautés (MSAS, s.d.). Selon Craig et ses collaborateurs, ce qui distingue une intervention simple d'une intervention de santé complexe est (Craig et al., 2008):

- Le nombre de composantes en interaction dans les interventions expérimentales et témoins ;
- Le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent ou reçoivent l'intervention ;
- Le nombre de groupes ou de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention ;
- Le nombre et la variabilité des résultats ;
- Le degré de flexibilité ou d'adaptation de l'intervention autorisée.

Ainsi pour bien comprendre l'intervention, son acceptabilité et ses effets perçus, nous allons mobiliser deux cadres conceptuels robustes, soit le cadre de l'acceptabilité de Sekhon, Cartwright et Francis (2017) et le cadre conceptuel de la qualité des soins d'Avedis Donabedian (Donabedian, 1966) (voir figure 3).

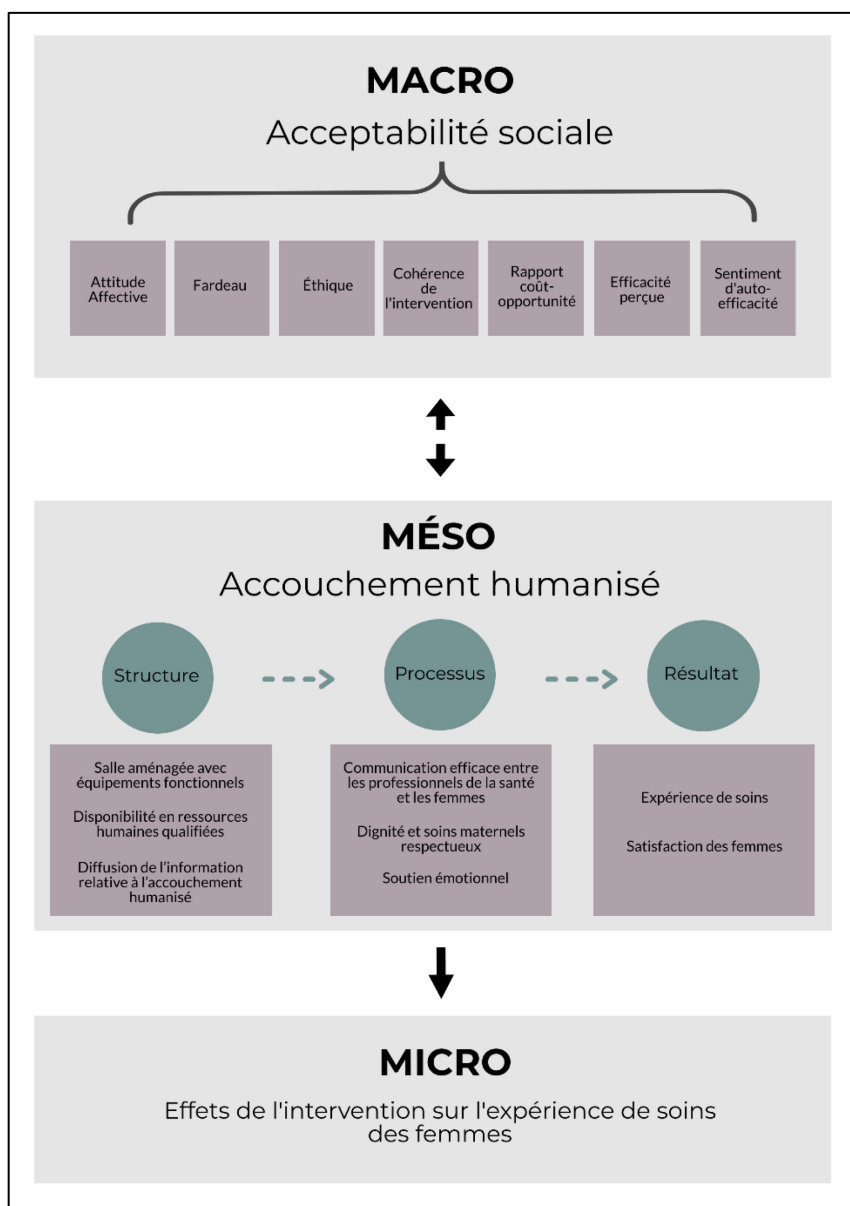


Figure 3.
Cadre d'analyse de l'acceptabilité de l'accouchement humanisé
et des effets perçus sur l'expérience de soins des femmes
 Source : Sekhon et al. (2017) et Donabedian (1966)

3.1.1. Cadre théorique d'analyse de l'acceptabilité d'une intervention

Dans l'évaluation des interventions complexes en santé, il est important de prendre en compte la place des acteurs (Erasmus et Gilson, 2008) qui jouent un rôle prépondérant dans l'acceptabilité (Sekhon et al., 2017). Parmi les tentatives pour définir le concept de

l'acceptabilité, on distingue deux perspectives : celle du point de vue des individus (ex. acceptabilité du traitement) (Sidani, Epstein, Bootzin, Moritz et Miranda, 2009) et celle du point de vue de la collectivité (acceptabilité sociale) (Gendron, 2014). Récemment, Sekhon et ses collaborateurs ont proposé une définition de l'acceptabilité basée sur une approche mixte. Ils définissent ainsi l'acceptabilité comme: « a multifaceted construct that reflects the extent to which people delivering or receiving a healthcare intervention consider it to be appropriate, based on anticipated or experienced cognitive and emotional responses to the intervention » (Sekhon et al., 2017, p. 4). Ces mêmes auteurs ont proposé un cadre théorique pour apprécier l'acceptabilité des interventions complexes en santé à partir de sept dimensions (voir tableau 2.1) : 1) l'attitude affective, 2) le fardeau, 3) l'éthique, 4) la cohérence de l'intervention, 5) le rapport coût-opportunité, 6) l'efficacité perçue et 7) le sentiment d'auto-efficacité (Sekhon et al., 2017). Le cadre théorique de Sekhon et ses collaborateurs (2017) offre l'avantage d'analyser l'acceptabilité d'une intervention de manière prospective (avant de participer à l'intervention), concurrentielle (pendant la participation à l'intervention) ou rétrospective (après la participation à l'intervention) selon la perspective des bénéficiaires et des prestataires de soins. Dans cette étude, l'analyse a porté sur l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé et s'est réalisée de façon rétrospective, soit une fois l'expérience de soins terminée.

Tableau 2.1. Définition des dimensions du cadre théorique de l'acceptabilité (Sekhon et al., 2017)

1. Attitude affective
▪ Sentiment de l'individu à l'égard de l'intervention
2. Fardeau
▪ Perception de la quantité d'efforts à fournir pour participer à l'intervention
3. Éthique
▪ Dans quelle mesure l'intervention est en adéquation avec le système de valeurs de l'individu
4. Cohérence de l'intervention
▪ Dans quelle mesure l'individu comprend l'intervention et son fonctionnement
5. Rapport coût-opportunité
▪ Dans quelle mesure les avantages, les bénéfices ou les valeurs de l'individu doivent être abandonnés pour participer à l'intervention
6. Efficacité perçue
▪ Dans quelle mesure l'intervention est perçue comme susceptible d'atteindre ses objectifs
7. Sentiment d'auto-efficacité
▪ Niveau de confiance de l'individu en ses capacités à adopter les comportements nécessaires pour participer à l'intervention

Le choix du cadre théorique de Sekhon et ses collaborateurs se justifie par sa pertinence à permettre une analyse multidimensionnelle de l'acceptabilité qui permet de recueillir à la fois la perception réelle ou anticipée des bénéficiaires vis-à-vis de l'intervention, mais également des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. Ces perceptions permettront ainsi d'apprécier le niveau d'acceptabilité sociale de l'intervention de l'Accouchement humanisé au Sénégal.

Ce cadre a servi dans ce projet à identifier les concepts à aborder dans nos guides d'entrevue et à construire notre arbre thématique lors de l'analyse des données.

3.1.2. *Cadre conceptuel d'évaluation de la qualité des soins*

La qualité des soins est un concept qui demeure encore à ce jour difficile à définir (Haddad, Roberge et Pineault, 1997). Pour certains, elle peut être appréhendée comme étant une caractéristique des services de santé sur laquelle on porte un jugement en fonction de normes et de critères établis : « mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies. » (Roemer et Montoya-Aguilar, 1989, p. 3). Elle peut aussi faire référence aux résultats des interventions en termes d'amélioration de l'état de santé: « Health care quality is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge. » (Lohr, 1990, p. 21). Pour d'autres auteurs, la qualité des soins est multidimensionnelle et doit inclure certaines composantes (Campbell, Roland et Buetow, 2000). Par exemple, l'institut de la médecine aux États-Unis propose de mesurer la qualité des soins à travers six domaines que sont la sécurité, l'efficacité, le temps opportun, l'efficience, l'équité et les soins centrés sur la personne (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Vu la nature complexe et multidimensionnelle de la qualité des soins (Donabedian, 1980; Haddad et al., 1997; Health Services Research Group, 1992), certains auteurs ont proposé des cadres intégrateurs pour mesurer la qualité des soins. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer le cadre conceptuel de la qualité des soins d'Avedis Donabedian (Donabedian, 1966, 1988) qui est sans doute l'un des plus connus dans le domaine médical et qui constitue la base théorique de nombreux travaux portant sur la mesure et l'évaluation de la qualité des soins et de la performance organisationnelle des services de santé (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland et Nguyen, 2005). Pour Donabedian, la qualité des soins peut être appréciée selon trois aspects : la structure, le processus et les résultats (Donabedian, 1988).

La structure concerne les attributs associés à l'environnement dans lequel les services sont dispensés (Donabedian, 1988). Il comprend l'ensemble des ressources matérielles, des ressources humaines et de la structure organisationnelle (Donabedian, 1988). Le deuxième aspect est le processus qui désigne tout ce qui est effectué dans la fourniture et la demande de soins (Donabedian, 1988). Il comprend les dimensions technique et interpersonnelle liées

à la performance du service de santé (Donabedian, 1988). Selon Donabedian, la compétence technique fait référence à l'application des connaissances et technologies médicales de manière à maximiser les bénéfices et minimiser les risques pour le patient tout en considérant ses préférences personnelles (Donabedian, 1978). La compétence interpersonnelle quant à elle s'intéresse à la conformité de la pratique avec l'éthique professionnelle, les conventions sociales ainsi que les attentes et besoins du patient (Donabedian, 1978). Finalement, les résultats définissent les effets attribuables de l'intervention sur l'état de santé des patients et de la population en général (Donabedian, 1988). L'amélioration des connaissances, le changement salubre des comportements de l'individu et la satisfaction des soins reçus sont également des éléments inclus dans l'état de santé des patients (Donabedian, 1988).

Le cadre conceptuel de Donabedian propose une approche systémique de la qualité des soins en s'intéressant à la fois à la structure, au processus et aux résultats (Donabedian, 2005). Selon Donabedian, chacun de ces aspects est une cause et un effet de l'autre. Pour apprécier la qualité des soins, il faut donc établir une relation prédéterminée dans laquelle la structure influence le processus qui à son tour influence les résultats (Donabedian, 2005). La triade de Donabedian offre l'avantage d'être simple, mais robuste pour apprécier la qualité et la performance des systèmes de santé (Ayanian et Markel, 2016).

Dans le cadre de cette étude, les trois aspects de la qualité selon le cadre conceptuel de Donabedian seront étudiés. Ainsi, l'analyse de la structure portera sur l'aménagement de la salle de naissance avec l'équipement fonctionnel, la disponibilité en ressources humaines qualifiées et la diffusion de l'information sur l'accouchement humanisé. L'analyse de la structure nous permettra de mesurer le processus de mise en œuvre de l'intervention. Les indicateurs de mesure pour le processus porteront sur les dimensions proposées par l'OMS pour une expérience d'accouchement positive (communication efficace, dignité et soins maternels respectueux et soutien émotionnel) (OMS, 2018). L'analyse du processus nous renseignera sur les modalités d'accouchement et la manière dont les soins ont été administrés aux femmes. En dernier lieu, l'analyse des résultats consistera à apprécier les effets perçus de l'offre de l'accouchement humanisé sur l'expérience de soins des femmes. Le cadre conceptuel de Donabedian a servi à l'élaboration de notre guide d'entrevue et notre grille

d'observation ainsi qu'à la construction de notre arbre thématique lors de l'analyse des données. Le tableau suivant résume la manière dont les dimensions du cadre seront opérationnalisées dans cette étude.

Tableau 2.2. Adaptation du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian

Structure	Processus	Résultats
Salle aménagée avec équipements fonctionnels	Communication efficace entre les professionnels de la santé et les femmes	Expérience de soins
Disponibilité en ressources humaines qualifiées	Dignité et soins maternels respectueux	Satisfaction des femmes
Diffusion de l'information relative à l'accouchement humanisé	Soutien émotionnel	

3.2. Objectifs de la recherche

L'objectif général de ce projet vise à analyser l'acceptabilité sociale de l'intervention de l'accouchement humanisé au Sénégal et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes lors de l'accouchement.

Les objectifs spécifiques qui vont guider cette recherche sont les suivants :

1. Analyser l'acceptabilité de l'accouchement humanisé et son alignement avec les valeurs sociales du Sénégal
2. Analyser l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre des composantes de l'accouchement humanisé et à ses effets lors de leur dernier accouchement au Sénégal.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

4.1. Stratégie de recherche

Pour répondre à nos objectifs de recherche, l'approche méthodologique adoptée est l'étude de cas. Ce dispositif de recherche est idéal lorsque l'on tente de décrire et comprendre un phénomène social complexe (Yin, 2009). Selon Yin, l'étude de cas se définit comme: « an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident » (2009, p. 18). Il s'agit donc d'une méthode appropriée pour expliquer la manière dont l'accouchement humanisé au Sénégal est perçu par les communautés et pour étudier ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes.

Le devis de recherche choisi est l'étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués (Yin, 2009). Les niveaux d'analyse considérés dans cette étude sont : 1) la perception des membres de la communauté quant à l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal et 2) les effets perçus de l'intervention sur l'expérience de soins des femmes.

4.1.1. Sélection des cas

Pour des raisons pratiques qui tiennent essentiellement des ressources temporelles et financières dont nous disposons, notre étude s'est déroulée dans la région de Dakar, au Sénégal. Au-delà de la question de la faisabilité, le choix de Dakar s'explique par le fait qu'elle est composée d'une population diversifiée et représentative de la société sénégalaise.

Les cas sont constitués de quatre structures de santé du district sanitaire Dakar Centre. Le critère d'inclusion principal pour le choix des cas est d'avoir mis en œuvre les composantes de l'accouchement humanisé depuis 2015. La présence d'un comité de santé fonctionnel et d'une agente de santé communautaire (Bajenu Gox) pour faciliter le recrutement des participants a aussi guidé le choix des cas.

En plus des critères énumérés précédemment, la sélection des cas a suivi la logique de la réplification littérale, qui vise à choisir des cas similaires, mais présentant certains contrastes

pour produire des résultats différents (Yin, 2009). Les cas à l'étude sont le centre de santé de référence Gaspard Kamara pouvant administrer les SONUC ainsi que le centre de santé Grand Dakar et le centre de santé des HLM et le poste de santé des HLM 1 pouvant administrer les soins pour un accouchement sans complication. Dans toutes ces structures de santé, les soins liés à l'accouchement humanisé étaient administrés par des sages-femmes. Le tableau 3.1 présente les caractéristiques des cas sélectionnés.

Tableau 3.1 Caractéristiques des cas sélectionnés

Structures sanitaires	Gaspard Kamara	Grand Dakar	HLM	HLM 1
Contraste dans l'offre de soins	Centre de santé de référence	Centre de santé	Centre de santé	Poste de santé
	SONUC	Soins pour un accouchement sans complication	Soins pour un accouchement sans complication	Soins pour un accouchement sans complication
	Structure de santé dirigée par un médecin-chef	Structure de santé dirigée par un médecin-chef	Structure de santé dirigée par un médecin-chef	Structure de santé dirigée par un infirmier-chef de poste

4.2. Méthode de collecte des données

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons fait appel à de multiples méthodes de collecte de données telles que privilégiées dans les études de cas (Yin, 2009), dont l'entrevue individuelle semi-dirigée, l'observation directe et l'analyse documentaire. L'enquête terrain s'est déroulée sur une période de quatre mois entre janvier et mai 2019. La section suivante explique le choix des méthodes retenues et décrit leur processus d'application.

4.2.1. Entrevue individuelle semi-dirigée

Pour obtenir une description riche et détaillée des participants quant à leur perception et leur expérience personnelle de l'accouchement humanisé, nous avons procédé à des entrevues

individuelles semi-dirigées auprès d'informateurs clés. Nous avons opté pour ce type d'entretien puisqu'il permet aux participants de jouir d'une liberté d'expression tout en assurant une certaine structure pour l'orientation des entrevues (Fortin et Gagnon, 2010). L'élaboration des canevas pour les entretiens a découlé de nos objectifs spécifiques de recherche et de nos cadres d'analyse. Ces guides sont disponibles en annexe 5.

La stratégie d'échantillonnage par choix raisonné a été choisie pour la sélection des participants aux entrevues. Deux stratégies ont guidé le choix final de notre échantillon. D'abord, nous avons appliqué la stratégie par homogénéisation qui nous permet d'étudier en profondeur et dans le contexte de vie un groupe d'acteurs qui partage certains rapports socioculturels semblables (Pires, 1997). Ainsi, les groupes d'acteur identifiés dans cette étude sont les femmes en post-partum (n=20), les femmes enceintes (n=4), les hommes de la communauté (n=4), les agentes de santé communautaire nommées *Bajenu Gox* (n=4), les membres du comité de développement sanitaire (CDS) (n=4) et les sages-femmes (n=8). Ensuite, nous avons pris soin à l'intérieur de chacun de ces groupes de choisir les individus les plus divers possibles selon leur âge, leur statut matrimonial, leur niveau de scolarisation et leur appartenance ethnique et religieuse (diversification interne) dans le but d'obtenir un large éventail de points de vue (Pires, 1997). Notre échantillon final comprend ainsi des participants appartenant à différentes catégories : d'âge (18 à 45 ans), de statut matrimonial (célibataire, marié, veuf), de niveau de scolarisation (primaire, secondaire et supérieur) et d'appartenance ethnique (wolof, peul, Bambara, Sérère, Toukoulé, Lébou, Socé, Diola, Sarakolé, Maure, Manjack et Nar) et religieuse (musulmane et chrétienne).

Lors du processus de recrutement, plusieurs stratégies ont été utilisées afin d'identifier et de recruter les participants les plus susceptibles de nous fournir des informations riches sur le phénomène à l'étude. Au moment des visites dans les structures de santé, les responsables sanitaires nous ont mis en relation avec les maîtresses sages-femmes. Ces dernières nous ont aidé à identifier les personnes répondant aux critères d'éligibilité pour les groupes d'acteurs des sages-femmes, des membres du CDS et des *Bajenu Gox*. Ces critères étaient pour les sages-femmes et les *Bajenu Gox* d'avoir été formées sur les composantes de l'intervention

et d'avoir participé à l'accouchement humanisé. Pour les membres du CDS, le critère était qu'il devait avoir participé à la mise en œuvre de l'accouchement humanisé.

Concernant les femmes enceintes et en post-partum, leur sélection a été faite à partir des registres des structures de santé. Le critère d'inclusion pour les femmes enceintes était d'avoir effectué ses consultations prénatales dans une structure où l'accouchement humanisé est rendu disponible. Ceux pour les femmes en post-partum étaient d'avoir accouché récemment et d'avoir choisi le modèle de l'accouchement humanisé (inscrit dans le registre comme un accouchement naturel sans médicament). Les femmes enceintes et en post-partum étaient ensuite contactées par téléphone afin de les informer de l'étude et de confirmer leur éligibilité. Puisqu'il nous était impossible d'identifier des femmes ayant accouché selon l'ensemble des composantes de l'intervention, les femmes en post-partum choisies pour participer à l'étude devaient minimalement avoir bénéficié d'une composante de l'accouchement humanisé. Finalement, les hommes de la communauté nous ont été référés par les Bajenu Gox.

Pour faciliter un climat de confiance, nous avons sollicité l'aide des Bajenu Gox qui possèdent une bonne connaissance du contexte et qui sont grandement appréciées des communautés pour accéder aux femmes enceintes et en post-partum. Mise à part les sages-femmes et les membres du CDS qui ont préféré faire l'entrevue dans les structures sanitaires, tous les autres participants ont été rencontrés à leur domicile. Avec le consentement du participant, les entrevues étaient sous enregistrement numérique et duraient entre 30 et 60 minutes. Initialement, nous aurions aimé pouvoir rencontrer plus de participants lors de notre enquête terrain. Nous avons cependant connu certaines difficultés qui expliquent ce nombre restreint d'entrevues. D'une part, les femmes enceintes et allaitantes étaient difficiles d'accès, car leurs contacts dans les registres étaient souvent erronés ou plusieurs étaient en déplacement ou non disponibles en dépit des rendez-vous pris. D'autre part, la majorité des sages-femmes présentes au moment de l'enquête dans les structures de santé sélectionnées n'étaient pas formées pour pratiquer l'accouchement humanisé. Ainsi compte tenu des contraintes de temps, nous avons procédé à un total de 44 entrevues individuelles semi-

dirigées approfondies. Le tableau 3.2 présente le profil des enquêtés selon la structure sanitaire d'appartenance.

Tableau 3.2 Profil des enquêtés selon la structure d'appartenance

Profil des enquêtés	Gaspard Kamara	Grand Dakar	Centre des HLM	Poste des HLM 1	Total
Femmes en post-partum	(n=5)	(n=5)	(n=5)	(n=5)	(n=20)
Femmes enceintes	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=4)
Hommes de la communauté	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=4)
Bajenu Gox	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=4)
Membres du CDS	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=1)	(n=4)
Sages-femmes	(n=2)	(n=2)	(n=2)	(n=2)	(n=8)
Total:	N = 11	N = 11	N = 11	N = 11	N = 44

4.2.2. Observation directe

L'observation directe permet de recueillir des données contextualisées sur la manière dont les acteurs sociaux interagissent entre eux et donnent sens à leurs actions (Arborio, 2007). Des études ont montré qu'il s'agissait d'une méthode particulièrement utile dans l'analyse des pratiques cliniques et de l'expérience de soins des patients en milieu hospitalier (Belaid et ridde, 2014; Rosen et al., 2015; Foley, 2016). Dans le cadre de cette étude, l'observation directe avait pour objectif de mieux comprendre le modèle de soins de l'accouchement humanisé, de saisir le contexte et de trianguler avec les documents et les discours des participants. Elle a porté sur l'environnement physique (l'infrastructure, l'aménagement des salles natures, le matériel disponible, la présence d'affiches promotionnelles, la propreté des lieux), les processus de mise en œuvre (changements apportés à la structure de santé, formations reçues, difficultés rencontrées, stratégies d'adaptation) et les processus de soins (différences entre le modèle de l'accouchement humanisé et le modèle biomédical, déroulement d'un accouchement humanisé, stratégie pour faire connaître l'intervention).

Elles nous ont aussi permis de vérifier nos hypothèses et de répondre à nos incompréhensions auprès des informateurs clés lors de discussions informelles.

L'observation directe a été réalisée par l'étudiante-chercheuse dans l'ensemble des structures de santé sélectionnées. Elle a duré en moyenne cinq jours par structure à la hauteur de six heures par jour (N=20) et s'est produite à différents moments dans la journée (jour, soir, nuit) de façon à pouvoir observer comment le processus de soins et les comportements des soignants changeaient en cours de journée. Un canevas conçu à partir de la recension des écrits et du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian a été utilisé lors de ces observations (voir annexe 7). De façon générale, l'étudiante-chercheuse adoptait le rôle d'observateur sur le terrain. Des notes de ce qu'elle observait et des questions ou pistes de réflexion qui émergeaient étaient consignées dans un carnet de notes.

4.2.3. Analyse documentaire

L'analyse documentaire consiste en une méthode de collecte des données qui vise à rassembler tous les documents en lien avec le phénomène d'intérêt, en vue de les analyser pour apporter une meilleure compréhension de ce dernier (Paillé, 2007). Les sources documentaires utilisées dans cette étude sont nombreuses et variées. Il s'agit des rapports d'études, des documents de formation, des articles promotionnels et des articles de journaux en lien avec l'accouchement humanisé (voir tableau 3.3).

Cette méthode de collecte des données nous a permis de mieux comprendre le modèle de soins de l'accouchement humanisé et ses composantes, d'appréhender la mise en œuvre de l'intervention et d'affiner notre connaissance du contexte. Elle nous a aussi permis, comme avec l'analyse documentaire, de trianguler les données issues des entrevues individuelles semi-dirigées et des observations directes (Yin, 2009). Par exemple, l'analyse des différents rapports d'étude nous a permis de vérifier si l'expérience vécue des femmes racontée lors des entrevues et les observations réalisées dans les structures de santé de l'étudiante-chercheuse correspondaient réellement à un accouchement humanisé tel qu'il est conçu.

Tableau 3.3 Documentations consultées pour l'analyse documentaire

1. Rapports d'étude
<ul style="list-style-type: none"> Ministère: Manuel de mise en œuvre du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN) (s.d.) Ministère: Documentation du processus de mise en œuvre du modèle du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale phase 2 (PRESSMN2) (2018) Présentation: Expérience de mise en œuvre: Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale Présentation: Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale phase 2 Ministère: Rapport définitif de l'enquête finale du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN 2) (2018) Ba, A. (2019). Accouchement humanisé: étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes dans le District Sanitaire de Kolda. (Thèse de doctorat). Université de Cheikh Anta Diop.
2. Documents de formation
<ul style="list-style-type: none"> Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves: guide du formateur Présentation : Expérience accouchement humanisé au Japon Film documentaire (Expérience de Tambacounda) Film documentaire (CS de Gaspard Kamara) Présentation: l'approche 5S Kaisen-TQM dans le projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale
3. Outils promotionnels
<ul style="list-style-type: none"> Affiches communauté / prestataire / accouchement style libre Dépliant explicatif de l'accouchement humanisé Carte-conseil utilisée lors des causeries
4. Articles de journaux
<ul style="list-style-type: none"> Dakaractu: Santé maternelle et infantile: Enfin, l'accouchement "humanisé" au Sénégal (2014) Le soleil: L'accouchement humanisé testé à Gaspard Camara (2014) Sidwaya quotidien: Burkina Faso: Accouchement humanisé - Le Burkina pourrait s'inspirer de l'expérience sénégalaise (2014) Sud quotidien: Santé maternelle - Plaidoyer en faveur d'un « accouchement humanisé » (2014) JICA: Soins de maternité humanisés : Des accouchements sans risque répondant avec douceur aux besoins des mères et des nouveau-nés au Sénégal (2018) Sud quotidien: L'accouchement désormais en style libre (2018) Afrique Développement Local : Santé maternelle et néonatale : Lancement du projet de renforcement des soins pour la région de Dakar (s.d.)

4.3. Analyse des données

Comme méthode d'analyse, nous avons opté pour la démarche de l'analyse thématique proposée par Paillé et Mucchielli (2012) qui consiste à : 1) la création d'un corpus théorique; 2) la lecture multiple du matériau à l'étude et définition de la liste de thèmes; 3) la construction de l'arbre thématique; et 4) l'interprétation des données. Cette méthode qui permet de procéder au repérage et au regroupement des données de manière objective et systématique pour documenter un phénomène nous a semblé pertinente pour répondre à nos objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2012).

Pour la création de notre corpus théorique, nous avons d'abord procédé à la retranscription intégrale de nos entrevues individuelles à partir de l'enregistrement numérique. Chaque entrevue en français a ensuite été réécoutée par l'étudiante-chercheuse, puis comparée avec son verbatim. Quant aux entrevues réalisées en wolof ou en puular, elles ont été traduites en français. Pour s'assurer de la qualité des verbatims, ces entrevues ont subi une double transcription, puis comparées entre-elles afin de voir si elles comportaient des différences. Les observations, les questionnements et les pistes de réflexion consignées dans le carnet de notes de l'étudiante-chercheuse ont aussi été retranscrits dans un document Word. Les transcriptions de ces entrevues individuelles et des notes d'observation ont ainsi constitué notre corpus théorique (Paillé et Mucchielli, 2012).

Par la suite, nous avons procédé à la thématisation en continu qui consiste à identifier les thèmes au fur et à mesure de la lecture du matériau, pour ensuite les hiérarchiser progressivement sous la forme d'un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2012). La liste des thèmes a été élaborée à partir d'une démarche mixte à la fois déductive (dimensions de nos différents cadres d'analyse) et inductive (thèmes émergents). Ainsi pour répondre à notre premier objectif de recherche, à savoir l'analyse de l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal, une matrice thématique a été développée à partir des sept dimensions du cadre de Sekhon et ses collaborateurs, soit l'attitude affective, le fardeau, l'éthique, la cohérence de l'intervention, le rapport coût-opportunité, l'efficacité perçue et le sentiment d'auto-efficacité. Concernant notre deuxième objectif de recherche, soit l'analyse de l'expérience relative à la mise en œuvre des composantes de l'accouchement humanisé et à

ses effets sur les femmes qui ont bénéficié de l'intervention lors de leur dernier accouchement au Sénégal, seuls les verbatims des femmes en post-partum et des sages-femmes ont été analysés. La matrice thématique a été développée à partir du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian (structure, processus et résultats), des dimensions de l'expérience de soins de l'OMS (communication efficace, dignité et soins maternels respectueux ainsi que soutien émotionnel) et de l'analyse documentaire liée à l'accouchement humanisé (salle aménagée avec équipements fonctionnels, disponibilité en ressources humaines qualifiées et diffusion de l'information relative à l'accouchement humanisé). Certains sous-thèmes comme l'implication des conjoints dans la grossesse et l'accouchement de leurs femmes et les changements perçus à la suite de l'introduction de l'accouchement humanisé ont émergé à la suite de la lecture du matériau.

La construction de l'arbre thématique s'est opérationnalisée à partir de l'étude de la récurrence de certains thèmes et de la relation qui existe entre eux (Paillé et Mucchielli, 2012). Pour faciliter le travail de thématisation, nous avons utilisé le logiciel d'analyse QDA miner. Au cours de ce processus, le directeur de recherche a participé à la révision des thèmes identifiés par l'étudiante chercheuse.

Lors de l'analyse des données, nous avons également pris soin de comparer les convergences et les divergences entre nos différentes catégories d'acteurs ainsi qu'entre les cas pour une description beaucoup plus fine de notre phénomène à l'étude.

4.4. Critères de rigueur scientifique

Dans cette étude, nous avons retenu les critères de rigueur scientifique de Lincoln et Guba (Lincoln et Guba, 1985) à savoir la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la constance interne pour favoriser la rigueur scientifique. Pour y parvenir, plusieurs stratégies ont été utilisées.

Le critère de la crédibilité vise à s'assurer que les données recueillies sont effectivement représentatives de la réalité (Drapeau, 2004). Différentes méthodes ont été utilisées afin de s'assurer de la crédibilité des résultats. Dans un premier temps, nous avons opté pour une

présence de quatre mois sur le terrain. Cette longue présence sur le terrain a permis d'en apprendre davantage sur le contexte local et de favoriser l'établissement d'un lien de confiance avec les participants ainsi que de mieux saisir le sens des propos des enquêtés (Lincoln et Guba, 1985; Merriam, 1995). Nous pensons que cela a pu contribuer à diminuer l'avènement de certains biais, notamment celui de présence. Aussi, la multiplicité des outils de collecte des données (analyse documentaire, entrevues individuelles et observations directes) et des sources de données (membres de la communauté et agents de mise en œuvre de l'intervention) a permis d'apporter une compréhension plus riche du phénomène étudié et de corroborer les données recueillies (Pandey et Patnaik, 2014). Pour nous assurer de la qualité du processus de transcription des entrevues réalisées en wolof et en puular, nous avons fait appel à deux traducteurs expérimentés qui connaissent très bien le contexte local et qui maîtrisent parfaitement le français, le wolof et le puular. Les cinq premières entrevues ont d'abord été validées par une personne indépendante afin de vérifier que leur traduction était fidèle aux propos tenus par les participantes. Ensuite pour chaque entrevue, les verbatims des deux traducteurs ont été comparés afin de voir si elles comportaient des différences. Finalement, les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés à seize participants à travers une séance de restitution qui a eu lieu le 25 août 2019 dans le but de valider la justesse et l'interprétation des données empiriques (Lincoln et Guba, 1985). Au cours de cette séance, les participants ont été invités à s'exprimer sur leur perception quant aux résultats de l'étude ainsi que des conclusions préliminaires. Dans l'ensemble, les participants étaient en accord avec les résultats présentés par l'étudiante-chercheuse. Cependant, certaines sages-femmes remettaient en question les propos tenus par d'autres collègues sur la perception du risque avec le choix libre de la position à l'accouchement et les difficultés rencontrées dans sa pratique. Selon elles, ce discours ne reflète pas la réalité et serait lié à un problème de formation des professionnels de santé. Ces échanges ont ainsi permis de valider nos résultats par rapport aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention.

Le critère de transférabilité en recherche qualitative réfère à la possibilité de généraliser les observations recueillies à d'autres contextes (Careau et Vallée, 2014). Dans les études de cas, les résultats de la recherche visent davantage l'enrichissement et la généralisation des

propositions théoriques (généralisation analytique) que des populations (généralisation statistique) (Yin, 2009). Dans ce sens, des efforts ont été faits afin d'apporter une description approfondie du contexte de l'étude, mais également des perceptions et de l'expérience vécue des participants en lien avec l'intervention (Lincoln et Guba, 1985). De plus, l'utilisation de cadres d'analyse validés a permis d'encadrer notre étude. Bien qu'il soit possible que les résultats de cette recherche puissent s'appliquer à d'autres structures sanitaires où l'intervention est disponible au Sénégal comme ailleurs, l'objectif de cette étude est plutôt de décrire en profondeur les perceptions sociales de l'acceptabilité de l'accouchement humanisé et l'expérience de soins des femmes dans les milieux étudiés.

La fiabilité représente la transparence du chercheur et l'indépendance de ses interprétations par rapport à ses biais (Gohier, 2004). Pour s'assurer du respect de ce critère, chacune des étapes du processus de cette recherche a été faite en étroite supervision avec le directeur de maîtrise. En outre, certaines stratégies ont été utilisées telles que l'emploi d'un guide d'entrevue semi-structuré et d'une grille d'observation pour la collecte des données, la double traduction pendant les entrevues et les transcriptions avec des assistants maîtrisant bien la langue et le contexte local, l'analyse séquentielle des données empiriques et la validation des résultats par les participants. La triangulation des méthodes a également permis de renforcer la fiabilité de l'étude.

Finalement, la constance interne renvoie à « l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques » (Gohier, 2004, p. 7). La triangulation des sources et des méthodes, la présence prolongée sur le terrain et la collaboration entre l'étudiante-chercheuse et son directeur ont assuré la constance interne de cette étude. La rédaction d'un journal de bord dans lequel les réflexions personnelles de l'étudiante en lien avec la conceptualisation de la recherche, le processus de la collecte des données et ses défis, l'analyse et l'interprétation des données a aussi favorisé l'atteinte de ce critère. Au moment de la collecte des données, les réflexions de l'étudiante sur son positionnement en tant que chercheur, sur ses valeurs, ses croyances et ses jugements notées dans son journal de bord lui ont permis de favoriser une pratique réflexive qui l'ont aidée à

demeurer le plus neutre possible au moment de l'observation et de l'interprétation des données.

4.5. Considérations éthiques

Les principes d'éthique de la recherche ont été considérés tout au long de cette étude (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2018). D'abord, une approbation du protocole de recherche a été obtenue par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (2018-10 – GÉLINAS – É.), le comité d'éthique de la recherche de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (0369I2019/CER ICAD) ainsi que la Région Médicale de Dakar. L'ensemble des composantes de cette recherche répond également aux normes du *Code de déontologie en lien avec la pratique de la recherche-Les obligations de l'infirmière* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). De plus, une vérification auprès de l'infirmier responsable au Sénégal et membre du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) a été effectuée afin de s'assurer du respect des responsabilités professionnelles lors de la réalisation de cette recherche.

Afin de s'assurer que le consentement soit donné de façon libre et éclairée, chacun des participants a reçu une fiche d'information et a été informé entre autres du sujet de l'étude, de la nature de leur participation ainsi que des avantages et des risques pouvant découler de celle-ci. Pour les participants potentiels aux entrevues individuelles, un consentement pour l'utilisation d'un enregistreur numérique était également sollicité. Advenant le cas où le participant ne parle pas le français, un interprète était disponible pour s'assurer de la compréhension de ces éléments. S'ils acceptaient de participer à l'étude, un formulaire de consentement (annexe 5 et 6) était signé.

Des mesures ont aussi été prises afin de s'assurer que toutes les informations identificatoires et données recueillies demeurent en tout temps confidentielles. Ainsi, l'anonymat des sujets a été assuré grâce à la codification des participants pour la retranscription des verbatims ainsi que la tenue des entrevues individuelles à l'abri des regards. De plus, aucune donnée nominative et aucun renseignement pouvant identifier les participantes n'ont été présents

lors de la publication des résultats. L'ensemble des documents et les supports numériques ont été entreposés sur un disque dur sécurisé par un mot de passe. Ces données seront conservées cinq ans suivant la fin de la collecte des données. Un suivi des résultats provisoires a aussi été fait auprès des autorités des structures sanitaires participantes ainsi qu'avec les communautés à travers des séances de restitutions.

Dans le cadre d'une recherche impliquant une étudiante provenant d'une institution universitaire occidentale qui effectue son projet d'étude dans un pays ayant un passé colonial, il existe des enjeux éthiques qui nécessitent d'être discutés. Les relations de pouvoirs asymétriques dans les partenariats de recherche Nord/Sud sont largement documentées dans la littérature (Gautier, Sieleunou et Kalolo, 2018; Ridde et Capelle, 2011). Pour tenter de limiter ces asymétries, nous avons travaillé en étroite collaboration avec une interprète locale au moment de la conception des guides d'entrevue, de la conduite des entrevues et de l'analyse des données ainsi qu'avec les traducteurs lors de l'analyse des résultats. L'inclusion de ceux-ci dans le processus de la recherche nous a permis de valider le sens et l'interprétation de nos résultats afin de nous assurer que ces derniers soient réellement le reflet des propos de nos participants. Aussi, les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés lors d'une séance de restitution où des représentantes de chacune des structures sanitaires participantes étaient présentes. Au moment de la conduite des entrevues individuelles semi-dirigées, des efforts ont également été faits pour tenter de renverser la dynamique de pouvoir entre l'étudiante-chercheuse et les participants. Il s'agit notamment d'apprendre la langue locale, les formules de salutation, les rituels préparatoires à l'entrevue et le respect des normes sociales de conduites. À notre avis, la présence d'une interprète féminine a également favorisé l'établissement d'un lien de confiance entre les femmes et l'étudiante-chercheuse.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Les résultats de cette étude sont présentés sous forme d'articles scientifiques. Chaque article vise à répondre à un objectif spécifique de la recherche. Ainsi, le premier a pour objectif d'analyser l'acceptabilité de l'accouchement humanisé et son alignement avec les valeurs sociales du Sénégal. Le deuxième vise à analyser l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre des composantes de l'accouchement humanisé lors de leur dernier accouchement au Sénégal.

5.1. Article 1

Analysis of the social acceptability of a humanized childbirth intervention in Senegal: a qualitative study

Auteurs : Emilie Gélinas, B.Sc.inf¹ et Oumar Mallé Samb, Ph. D.¹

Financement : Bourse d'études supérieures du Canada au niveau de la maîtrise (BESC-M) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Bourse d'études supérieures du Canada – Suppléments pour études à l'étranger Michael-Smith (BESC-SEEMS)

Statut de l'article : Cet article a été soumis à la revue Women and Birth le 24 février 2021.

Contribution : La conception du protocole de recherche, la collecte des données et l'analyse des résultats ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse, Emilie Gélinas sous la supervision de son directeur de maîtrise le professeur Oumar Mallé Samb. La rédaction intégrale de la première version de l'article a été faite entièrement par l'étudiante, puis révisée par Oumar Mallé Samb, Ph. D. La traduction de l'article en anglais a été faite par Mme Emily-Jayn Rubec. Cet article est actuellement à l'étape de la révision par les pairs.

ABSTRACT

Background: As a means of improving the quality of women's care and enhancing related experiences in Senegal, the Senegalese government implemented an intervention named "Humanized childbirth".

Aim: To analyze the social acceptability of "humanized childbirth" as well as its relevance given the social values in Senegal.

Methods: A multiple-case study within four health facilities in Dakar. Postpartum mothers (n=20), pregnant women (n=4), midwives (n=8), community health workers (n=4), members of the Health Development Committee (n=4), and men from the community (n=4) were interviewed individually and a documentary analysis was conducted. Thematic analysis was performed using the acceptability theoretical framework.

Findings: The results of this study show that most participants agree with the principle of humanized childbirth. However, participants display varying viewpoints as to the social acceptability of the intervention's various components. While there is an overall agreement concerning the benefits of motivated and attentive healthcare workers focused on prevention, restoring dignity for the parturient woman, freedom to eat and drink, and massages and relaxation, the same cannot be said about the freedom of choice for birth positions and companionship.

Discussion: The contrasting viewpoints as to the acceptability of humanized childbirth can be explained by the perception of risk and lack of habit with free birthing position as well as the structural and cultural barriers surrounding the companionship.

Conclusion: Prenatal and childbirth education and awareness as to the benefits of free birthing positions and companionship are required among Senegalese women to enable a cultural shift in provision of maternity care.

Keywords: humanized childbirth, acceptability, Senegal, qualitative research

RÉSUMÉ

Contexte : Pour améliorer la qualité et l'expérience de soins des femmes, le gouvernement du Sénégal a mis en place en 2009 une intervention nommée « l'Accouchement humanisé ».

Objectif : Analyser l'acceptabilité sociale de « l'Accouchement humanisé » au Sénégal et son adéquation avec les valeurs sociales du Sénégal.

Méthode : Une étude de cas multiples dans quatre structures de santé de la ville de Dakar. Des entrevues individuelles auprès de femmes en post-partum (n=20), de femmes enceintes (n=4), de sages-femmes (n=8), d'agentes de santé communautaire (n=4), de membres du comité de développement sanitaire (n=4) et d'hommes de la communauté (n=4) et une analyse documentaire ont été réalisées. L'analyse thématique a été réalisée à partir du cadre théorique de l'acceptabilité.

Résultats : Les résultats de cette étude montrent qu'une majorité des participants sont d'accord avec le principe de l'Accouchement humanisé. En revanche, on observe des points de vue contrastés quant à l'acceptabilité sociale des diverses composantes de l'intervention. Si le personnel de santé motivé, attentif et prévenant, la dignité retrouvée pour la parturiente, la liberté de boire et manger ainsi que le massage et relaxation sont acceptés de tous, ce n'est pas le cas du choix libre de la position à l'accouchement et de l'accompagnement par un proche.

Discussion : Les points de vue contrastés quant à l'acceptabilité de l'Accouchement humanisé peuvent être expliqués par la perception de risque associé avec les positions alternatives à celle allongée sur le dos pour l'enfant et le manque d'habitude ainsi que les barrières structurelles et culturelles entourant l'accompagnement par un proche à l'accouchement.

Conclusion : Pour favoriser un changement de culture au niveau de la provision des soins dans les maternités du Sénégal, il serait souhaitable d'augmenter les connaissances des femmes sur les bénéfices des différentes positions à l'accouchement et du soutien en continu offert par un proche.

Mots clés : Accouchement humanisé, acceptabilité, Sénégal, recherche qualitative

BACKGROUND

Every day, approximately 810 women worldwide die as a result of pregnancy or birth-related complications. Over half of these deaths occur in Sub-Saharan Africa (1). Ensuring access to qualified aid during childbirth as well as to emergency obstetric care is fundamental in the fight against this public health issue in Africa (2). That said, many women living in these countries do not have access to proper maternal healthcare readily available through health facilities (3).

The international community has recently turned its attention to instances of abuse and mistreatment of women during childbirth in health facilities (4-5). This phenomenon stands as a significant barrier to the quality of care. Based on a literature review, Bohren and al. (2015) propose a typology for describing this phenomenon using the following domains: 1) physical abuse, 2) sexual abuse, 3) verbal abuse, 4) stigma and discrimination, 5) failure to meet professional standards of care, 6) poor rapport between women and providers, and 7) health system conditions and constraints (5). Not only do such instances of abuse and mistreatment pose a threat to physical and mental well-being, they also discourage women from seeking qualified professional care during childbirth (4). In light of these concerns, several international organizations are speaking out in an assertion of women's entitlement to respect and dignity during childbirth in health facilities (6-7). Furthermore, the World Health Organization's new model of intrapartum care encourages the adoption of a holistic approach based on human rights to ensure each woman has access to care in line with best practices and focused on her needs and wishes (8).

Thus, recent years have seen an increase in interventions aimed at improving the quality of care through respectful and humanized maternal care during childbirth in Sub-Saharan Africa (9-12). These interventions often have multiple components and use a variety of strategies such as training programs, quality improvement approaches, clinical guidelines and protocol, community activities, local laws and regulations, and advocacy initiatives (13). The few studies that have analyzed their effectiveness suggest that these interventions have the potential to improve maternal and newborn health and women appear to have a higher

level of satisfaction with their experience of care (14, 15, 16). Like the humanized childbirth intervention in Senegal, most interventions developed in low-income countries are of exogenous influence. The replication of a "travelling model" from one country to another often leads to a failure of implantation, thus reducing the effectiveness of these interventions (17, 18). Even when implementation is respected, contextual and human factors may explain the variations observed in the results between the different settings in which the intervention is implemented (19). Despite the fact that these factors are important to consider in the implementation and evaluation of health interventions, very little is known regarding their social acceptability. It is critical to consider this aspect when assessing such interventions to ensure they meet the needs of the population. The objective of this study is to analyze the social acceptability of humanized childbirth as well as its alignment with social values prevailing in Senegal.

Context and Intervention

The western African nation of Senegal has an estimated population of 15,726,037 people, one quarter of which are located in Dakar and the surrounding areas (20). According to projections from the World Bank, in 2020, 31% of the population was living below the global extreme poverty rate (21). In Senegal, improving reproductive health ranks amongst the government's top priorities. Over the past years, various initiatives—including the Multisectoral Roadmap for Accelerating the Reduction of Maternal and Newborn Mortality and Morbidity in Senegal (22), the Bajenu Gox Project (23) and the National Health Development Plan (NHDP) 2009-2018 (24)—have led to the improvement of the nation's main maternal health indicators (25). Despite these efforts, 43% of women do not have access to the four recommended prenatal checkups, 21% of births take place at home, and 23% of women do not receive postnatal care in the two days following childbirth (26). Moreover, maternal mortality rates remain high, with an estimated 236 deaths per 100,000 live births (26). Health services in Senegal follow a three-tier pyramid structure: at the very top, we find the hospitals as reference structures; below are the health centres managed by chief medical officers; and the bottom of the pyramid is made up of health posts led by head nurses (24). Basic healthcare services, including maternal care as well as health awareness

and prevention initiatives, are provided by the health centres and posts. In an effort to reduce maternal mortality rates, 12 reference health centres were equipped with a level-one hospital unit to improve access to emergency obstetric and newborn care (EONC) (24). As for general medicine, general surgery and caesarean sections, patients must access regional hospitals (24). All but one of the country's level-three hospitals are located in Dakar (the exception being in Touba, in the Diourbel region). This significantly rises the inequalities of the population's access to specialized care (24).

The intervention discussed in this study was implemented in 2009 by the Senegalese government in conjunction with the Japan International Cooperation Agency (JICA). Its goal was to develop the concept of "humanized care" for women (26). The JICA defines "Humanized childbirth" as follows: "a series of conditions allowing women to feel comfortable and to experience a pleasant birthing experience" (27). The concept is based on six components: 1) motivated and attentive healthcare workers focused on prevention, 2) restoring dignity for the parturient woman, 3) freedom of choice for the birthing position (lying on back, standing up, kneeling, side-lying, squatting, sitting), 4) freedom to eat or drink, 5) massages and relaxation, and 6) companionship (26). Humanized childbirth also entails the spatial reorganization of health facilities to include properly equipped individual birthing rooms (26). This intervention is expected to improve the quality of care by providing a positive birthing experience (26).

METHODOLOGY

Theoretical framework

For the purpose of this study, we have used the term "acceptability" as defined by Sekhon and al. in the context of health interventions: « A multifaceted construct that reflects the extent to which people delivering or receiving a healthcare intervention consider it to be appropriate, based on anticipated or experienced cognitive and emotional responses to the intervention. » (28) This framework enables the assessment of acceptability through seven component constructs: (1) affective attitude (how an individual feels about taking part in an intervention), (2) burden (the perceived amount of effort that is required to participate in the

intervention), (3) ethicality (the extent to which the intervention has good fit with an individual's value system), (4) intervention coherence (the extent to which the participant understands the intervention, and how the intervention works), (5) opportunity costs (the extent to which benefits, profits, or values must be given up to engage in an intervention), (6) perceived effectiveness (the extent to which the intervention is perceived as likely to achieve its purpose), and (7) self-efficacy (the participant's confidence that they can perform the behaviour(s) required to participate in the intervention) (28). It also has the advantage of being relevant as a prospective, concurrent and/or retrospective approach. As the first validated theoretical framework allowing a multidimensional analysis of the acceptability of a complex health intervention, we have used it to understand the viewpoint of the participants of this study regarding the social relevance of humanized childbirth. To do so, this study has undertaken a retrospective analysis of acceptability.

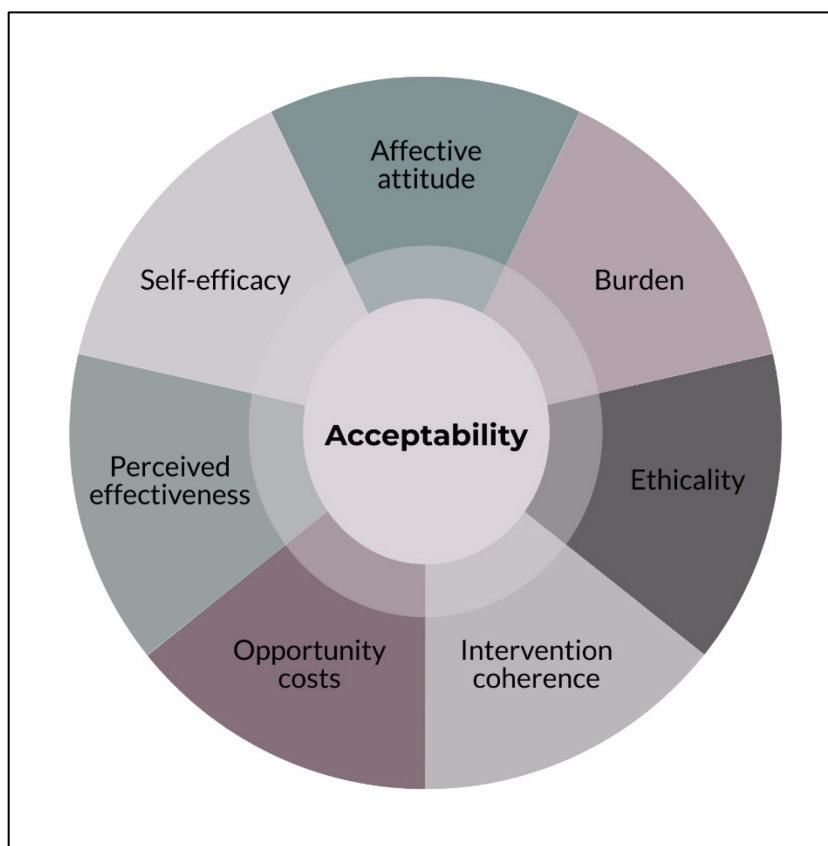


Figure 4

Theoretical Framework of Acceptability

Source : Information obtained from Sekhon and al. (2018)

Methodology and data collection methods

In spring of 2019, we conducted a qualitative research based on a multiple-case study. The cases were four health facilities (HF) from the health district of Dakar Center: one reference health centre offering basic emergency obstetric and newborn health services, two health centres led by chief medical officers, and one health post led by a head nurse providing basic obstetric care. The main criterion in the choice of cases was to have implemented humanized childbirth. Selection was also guided by a functional health committee and a community health worker (Bajenu Gox) to facilitate the recruitment of the participants.

The study was carried out in the region of Dakar, the capital of Senegal, where all our cases (health facilities) are located. This region was chosen for several reasons. First, it was the most feasible location due to financial and time-related constraints. Second, Dakar's population is highly diverse and representative of the various ethnic groups that make up Senegalese society.

Two data collection methods were used in this study: individual semi-directed interviews (conducted in French, Wolof and Puular) and a documentary analysis. Using a purposeful sampling, we selected participants from predefined categories of actors (N = 44): midwives (MW) (n = 8), Bajenu Gox (BG) who are community health workers (n = 4), members of the Health Development Committee (HDC) (n = 4), pregnant women (PW) (n = 4), women in the postpartum period (PPW) (n = 20) and men from the community (M) (n = 4). Upon choosing the participants, we made sure to apply the process of internal diversification through which different profiles in terms of age, marital status, level of education, ethnicity and religion are selected within each category in an effort to achieve a broad range of viewpoints (29). The total number of participants interviewed in this study is due to time constraints and difficulties in accessing them. The midwives, Bajenu Gox and Health Development Committee members were chosen within the health facilities. Pregnant women and women in the postpartum period were chosen from the registers of participating health facilities. In order to foster an environment of trust, we called upon the services of Bajenu

Gox, who are highly respected throughout the community, to reach out to participants. They also assisted us in recruiting the male participants.

The documentary analysis focused on all documents related to the humanized childbirth care model and included the final report of the intervention, the training material, the promotional articles and the newspaper articles. It allowed us to gain a better insight into the context as well as the implementation of the intervention. It also enabled a triangulation with the individual interviews throughout the analytical process.

Fieldwork was conducted from January 2019 to May 2019. The questions in the interview guide were structured around the lenses defined within the acceptability theoretical framework of Sekhon and al. The average duration of interviews was 60 minutes, and most were carried out at the participant's home. When the participants did not speak French, a local interpreter was present to translate the questions. The interviews were recorded with the permission of the participants.

For the purpose of data analysis, a data set was developed from the French translation of the interviews. In order to ensure the accuracy of the translations, we selected two experienced translators who are familiar with the local context and are fluent in French, Wolof and Puular. The first five interviews were first validated by an independent person to verify that their translation was accurate to what the participants said. Then the content of each interview was translated by the two translators. For each of the interview, the verbatims were compared to see if there were any differences between the two of them. We undertook a sequential data analysis (30), which entails going back and forth between data collection and analysis to ensure the quality of the process and to redirect data collection, where required. A thematic analysis based on the lenses defined in the theoretical framework of Sekhon and her collaborators was then performed (30). The software QDA Miner was used to organize the data. To validate the meaning and the interpretation of the data, the preliminary results were presented during a debriefing session held at the district reference health centre, to which all leaders of the participating reference health centre and members of the community were invited. These exchanges thus made it possible to validate our results in relation to the

difficulties encountered in the implementation of the intervention. This research was approved by the Ethics Committee of the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue as well as the Senegalese Research Ethics Committee. Permission to undertake the study was granted by the Health District of Dakar Centre and the doctors and/or nurses in charge of each health facility. All participants provided written informed consent.

RESULTS

Affective attitude

Facilities and category-based analysis shows that the majority of participants agree with humanized childbirth: *“Humanized childbirth is very interesting for us women”* (BM13-HF1). One of the most valued aspects of humanized childbirth is its alignment with the wishes of pregnant women. As stated by a member of the Health Development Committee: *“The fact that women can choose the birthing style that suits them best says it all. If you want to be lying down or in a squatting position, it’s up to you. What’s important is that the childbirth takes place without complications”* (HDC1-HF3). The active participation of women in the healthcare process was also mentioned by one of the participants: *“It’s a good thing to be able to choose. It’s better than if the midwife chooses for you and it’s not what’s best for you”* (PW1- HF4).

According to most participants, the key element contributing to the quality of care and the acceptability of the intervention is the improved approach and attitude of the professionals driven by the implementation of the strategy: *“Hospitality is crucial”* (BG1-HS4). In fact, some women mentioned that they had chosen one of the studied facilities for that very reason: *“I prefer to go there even if it is far because I feel good there”* (BW13-HF1).

However, some members of the community expressed concern over the risk to the woman or the newborn resulting from certain birth positions recommended by the intervention: *“When I heard what they were saying, I thought it was risky. What if you are standing and the baby falls? That’s what I was thinking”* (M1-HF2). One midwife expressed a similar concern: *“To me, humanized childbirth comes from the Japanese. They are supple, but we*

are strong. It makes me worry about complications. I'm worried about fistulas" (MW3-HF2).

Burden

Most of the midwives interviewed consider that free birthing position is more difficult than giving birth in the lithotomy position: *"It involves a lot of work. Humanized childbirth is not easy. With more staff it might be better, but right now we are doing it because women are requesting it"* (MW3-HF2). However, one midwife thinks otherwise: *"The labour methods are actually almost the same. Only the positions change"* (MW-HF1). Midwives also criticized the birthing equipment, saying it was not suitable for free birthing position: *"You have to wear the appropriate gear, otherwise the person will not be protected because the gloves finish here [at the wrist]. The blood and amniotic fluid is dripping. It's the person's blood. It's not easy to know"* (MW3-HF2).

Three of the breastfeeding mothers had not been aware of the intervention before arriving at the health facility. They had found it difficult to make a decision given the various available options: *"It's not a good time to be making decisions. All you want is to give birth"* (BM8-HF2).

Ethicality

When it comes to the suitability of the intervention given the population's system of values, results are mixed. Several participants, most of whom belong to the groups of midwives, Bajenu Gox, HDC members and men, find that the childbirth model promoted through the intervention is not a problem in terms of values, as it is similar to at-home birthing practices assisted by traditional birth attendants: *"Aren't these African values that have been exported and brought back? That is what it sounds like to me. This technique is suitable for Africa because it was already like that with traditional birth attendants"* (HDC3- HF4). Free birthing position is in fact perceived as being aligned with social standards because it coincides with the Muslim principle according to which people must not be forced to do something they are unable to do. According to one of the male participants: *"It is consistent*

because religion does not force you to do something you cannot do. If you know that a woman cannot give birth lying on a bed because of wounds or because she is in pain, she cannot give birth lying down. That is something to look out for. It is also consistent with our standards” (M2-HF1).

However, most women in the postpartum period and some pregnant women think that the standard birth position given the context is lying on a table: *“For us, lying down is the most reassuring position because it is what we are used to and feel most comfortable doing. The lying position is more in line with social standards in Senegal” (BM8-HF2).* Consequently, few women are inclined to try positions other than lying on their back: *“Women do not want because they believe that if they use a different position, the baby will fall or something will happen to the woman” (BG1-HF1).*

Regarding the model’s other component: companionship; the same division is observed. While most women are in favour of companionship: *“It is not a problem because it allows you to be comfortable with your family” (BM4-HF3),* others, out of modesty: *“I’d rather not. It’s too embarrassing and I’m ashamed” (BM3-HF1)* or fear of mockery: *“My mother-in-law was there, but she did not come into the room. I did not want her to make fun of me afterwards” (BM10-HF3),* are opposed to it.

Intervention coherence

When asked about their understanding of the concept of humanized childbirth, none of the participants were able to name all of its components. In fact, many participants have an unclear understanding of humanized childbirth: *“I thought it was about family planning or something like that. I did not know what it was exactly” (BM13-HF1).* Some midwives mentioned problems in how the intervention is implemented, including how the concept is shared with new recruits: *“New midwives that were hired last year have not been trained yet” (MW1-HF1)* and how it is promoted: *“We don’t really take the time to talk about humanized childbirth. We tell women how to prepare for childbirth and how to pack their suitcases, but we forget to talk about the intervention” (MW1-HF2).*

Free birthing position and companionship are the two most often mentioned components of the intervention: *“When I arrived, the lady told me that I could give birth as I chose. She said that my husband or mother could be present if I wanted”* (BM5-HF1).

Opportunity cost

Many participants feel that it is difficult to ignore ancestral habits such as the lying down birthing position, as proposed by the intervention: *“In the words of our elders, if you abandon your ancestors’ ways and take another path, things change”* (BM2-HF2).

The same was said regarding the presence of men in the maternity ward. This practice is not easily accepted due to the persistence of certain social and cultural standards that define childbirth as a woman’s business. According to one of the participating midwives: *“In some ethnic groups, customs do not allow men in the birthing room”* (MW7-HF1).

Many of the women interviewed think that the presence of their husband would allow for a better understanding of the hardship endured during childbirth, thus earning them greater respect: *“When you accompany your wife in the birthing room, you see how much suffering she endures”* (HDC2-HF1). However, while several male participants agree with the idea of accompanying their wife in the birthing room: *“I would have accepted in order to be by her side and support her”* (M2-HF4), none of them have actually done it or know anyone who has: *“I don’t know anyone who has”* (M3-HF3).

Perceived effectiveness

The majority of people interviewed during this study have a positive perception of humanized childbirth. The most frequently cited advantage of the intervention is the reduction of pain: *“It’s great because your husband is right beside you. You can drink water. If you’re hungry, you can eat. The person accompanying you can massage you, talk to you. It makes the pain more bearable. It helps to reduce the pain”* (MW2-HF3). Participants also said that companionship gives an added sense of security: *“Having a loved one present is*

good because the patient is not alone. She feels safer” (MW8-HF3). They also mentioned that it gives courage to the woman: *“Sometimes, the mere presence of the husband gives the woman the courage she needs to do what is needed to give birth to the baby safely”* (M1-HF1).

Some participants, including one midwife in particular, believe that free position can make childbirth easier: *“I think that the kneeling position is great because it allows you to apply pressure on the fetus to speed up childbirth”* (MW6-HF4).

Self-efficacy

Some women are confident about their ability to perform free birthing position: *“I won’t say no. If the midwives offer it, it’s because they know it’s safe”* (BM14-HF2). That said, most women feel otherwise: *“I’m not familiar with the kneeling position. If someone would give me the choice, I would choose the lying-down position. Women giving birth must know what they have to do”* (BM16-HF1).

While the interviewed midwives believe other birthing positions than lying on the back make childbirth more difficult, they feel obliged to follow the woman’s wishes because of their training in which they were taught to do so: *“We have to adapt to the woman’s position. That’s what we were taught during training”* (MW5-HF1).

DISCUSSION

The results of this study expose contrasting viewpoints as to the acceptability of humanized childbirth in Senegal. On one hand, some of the intervention’s components, such as motivated and attentive staff focused on prevention, restoring dignity for the parturient, freedom to eat and drink, and massages and relaxation, are accepted by all participants. On the other hand, participants are not unanimous as to the acceptability of the freedom of choice for birth positions and companionship. In the opinion of the midwives, Health Development Committee members, Bajenu Gox and some male participants interviewed, freedom of choice for birth positions does not clash with social values and dominant cultures in Senegal.

However, the women interviewed expressed that the standard birth position was the lithotomy position. There are also differences of opinion regarding companionship. While several women express a desire for their husband to be present, none of the men have actually accompanied their wife during childbirth.

Reasons for the low acceptability of free birthing position among women are twofold: (1) the risk to the child that women associate with free birthing position, and (2) unfamiliarity with the alternative positions. Interestingly enough, traditionally, African women were encouraged to move around during labour and to sit and kneel during childbirth (31). However, as a result of the promotion of biomedical models, there has been a shift in terms of the perceptions and habits of women (32). According to a study focused on the knowledge of different birth positions among Malawian women, the lying on the back position is the most widely known (99.2%) (33). Very few women are familiar with the squatting (1.1%), kneeling (1.1%) or leaning forward (0.3%) positions (33). This could be explained by the fact that majority of women learned about different birthing positions from their midwives (33). In another study conducted in Nigeria, 31% of the women interviewed were familiar with more than one birth position. However, 99.5% of them preferred the lying on the back position because it is what they were more used to, and they believed it to be more comfortable and safer for the baby (34). These studies corroborate our results which confirm that the best known and preferred birth position in Senegal is the lithotomy position, and that, through habit or obligation, over time, this position has become the standard birth position.

Furthermore, with regard to companionship, pregnant women expressed a preference for the presence of their husband during childbirth. This comes as somewhat of a surprise as pregnancy and childbirth are often seen in such contexts as a woman's business (35-37). Also, several studies show that women prefer the support of another woman during childbirth as they fear embarrassment during childbirth (38-40) or a decrease in sexual attractiveness in the eyes of their partner (38, 40).

That said, it can be argued that women who express a desire for their husband to be present during birth hope that such an experience will earn them more respect from their husband as he will better understand the pain experienced during childbirth. Studies conducted in Nigeria, Ghana and South Africa also reveal the desire by women for their husband to be present during labour and birth, as this could lead to the improvement of their relationship (39, 41, 42). In fact, a study conducted in Uganda revealed that some men who had accompanied their wife during childbirth found that the experience had brought harmony to their relationship (35).

There nevertheless remains great dissidence regarding the presence of men in maternity wards. Indeed, gender-specific cultural expectations related to maternal health, the negative attitudes of healthcare workers toward men and healthcare system constraints are often mentioned as barriers to male presence in maternal healthcare services (42, 43). Despite all this, a growing number of studies show that the situation is evolving and that younger generations of men are more and more willing to be involved in the pregnancy of their wife as well as in childbirth (41).

It should be noted that this study has certain limitations. As its object of study is a government strategy, the interviews conducted with those involved in the strategy's deployment may very well suffer from a social desirability bias. To overcome this limitation, we reiterated our independence from the intervention and enhanced the means to safeguard data confidentiality throughout the study. As the researcher responsible for the interviews does not speak the local dialects of the participants, this study may also suffer from a double interpretation bias as a result of conducting the interviews and data interpretation. To reduce this bias, a local interpreter which is familiar with the cultural context and languages was present during each step to verify the meaning and interpretation of the information.

CONCLUSION

To address the problems of violence against women during the process of childbirth in facilities, an increasing number of countries have implemented interventions in recent years

that promote the model of humanized childbirth. Although this model has proven its effectiveness in some contexts, their social acceptability is rarely studied. To our knowledge, this is the first study to investigate the social acceptability of humanized childbirth in Senegal. An analysis of the results shows that while the principle of humanized childbirth is socially accepted, opinions regarding the freedom of choice for birth positions and companionship are not unanimous.

To improve the social acceptability of humanized childbirth, there is a need to increase women's knowledge about the benefits of adopting various birthing positions as well as support provided by companion of choice at birth. To foster a cultural shift as to the issue of companionship during birth, it would be advisable to discuss all available options with women during the prenatal visits in order for them and their companions to be better prepared and informed. Since a significant number of women wished their spouses to be present at the time of birth, it would be necessary to review the structural and cultural barriers limiting their presence in the country's maternity wards.

While literature abounds with studies and information about the factors limiting the presence of men in maternal wards in developing countries, the same cannot be said for works on the acceptability of the involvement of men in pregnancy and childbirth (43). Such documents are in fact quite rare. Knowing that the involvement of the husband in maternal care has a positive impact on the woman's health (44), it would be useful for future studies to seek a better understanding of the factors encouraging the acceptability of the involvement of men, and to shed light on what must be put in place in order to encourage such practices.

REFERENCE

1. WHO. WHO | Maternal mortality. 2018 [Available from] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Key%20facts,dropped%20by%20about%2038%25%20worldwide>.
2. Campbell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368.
3. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann TV. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. *Systematic reviews*. 2017;6(1):110.
4. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. In: Report of a Landscape Analysis. Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co., 2010. https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
5. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*. 2015;12(6): e1001847.
6. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Maternal Health Task Force.; 2011.
7. OMS. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Organisation Mondiale de la Santé.; 2014.
8. WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: World Health Organization; 2018.
9. Smith H, Brown H, Hofmeyr GJ, Garner P. Evidence-based obstetric care in South Africa—influencing practice through the 'Better Births Initiative'. *South African medical journal*. 2004;94(2):117-20.
10. Kujawski SA, Freedman LP, Ramsey K, Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. *PLOS Medicine*. 2017;14(7): e1002341.
11. Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, et al. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reproductive Health*. 2016;13(1):79.

12. Umbeli T, Murwan I, Kunna A, Ismail S, Sulman M, Elmahgoub A. Impact of Health Care Provider's Training on Patients' Communication During Labor at Omdurman Maternity Hospital, Sudan 2011. *Sudan Journal of Medical Sciences*. 2014;9(4):211-6.
13. Reis, V., Deller, B., Catherine Carr, C. et Smith, J. (2012). Respectful maternity care. Country experience. *Washington DC: USAID*. Repéré à [Microsoft Word - RMC Survey Report \(knowledgesuccess.org\)](#)
14. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017.
15. Downe S, Lawrie T, Finlayson K, Oladapo O. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive health*. 2018;15(1):23. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>
16. Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(1):224.
17. Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A. et Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 71-87. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
18. Mumtaz, Z., Levay, A., Bhatti, A. et Salway, S. (2015). Good on paper: the gap between programme theory and real-world context in Pakistan's Community Midwife programme. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(2), 249-258. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13112>
19. Belaid, L. et Ridde, V. (2014). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*, 30(3), 309-321. <https://doi:10.1093/heapol/czu012>
20. ANSD. La population du Sénégal en 2018. Sénégal : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie 2019.
21. Groupe de la Banque mondiale. Sénégal - Vue d'ensemble 2019 [Available from]: <https://www.banquemonddiale.org/fr/country/senegal/overview>
22. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal. Sénégal 2006.
23. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Arrêté ministériel n° 7507 MSP DS-DSR en date du 24 août 2010. Sénégal 2010.

24. Ministère de la santé et de la prévention. Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018. Sénégal 2009.
25. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], ICF. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017). Maryland; 2017.
26. Ministère de la santé et de l'action sociale. Soins de santé maternelle et néonatale bases sur les preuves. Sénégal s.d.
27. Japan International Cooperation Agency. Activities in Senegal: Project for Reinforcement for Maternal and Newborn Health Care Phase 2 (PRESSMN 2). JICA; s.d.
28. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC health services research. 2017;17(1):88.
29. Poupart J. L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques. 1997:173-209.
30. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. p. 231-314.
31. Carles G. Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014;43(4):275-80.
32. Zwelling E. The Emergence of High-Tech Birthing. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2008;37(1):85-93.
33. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh K-K, Zileni CW, Muller A. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. Women and Birth. 2017;30(1):e1-e8.
34. Okonta P. Birthing positions: awareness and preferences of pregnant women in a developing country. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012;16(1).
35. Lwanga H, Atuyambe L, Sempewo H, Lumala A, Byaruhanga R. An exploratory study of men's companionship, perceptions and experiences during pregnancy and delivery in Uganda. BMC pregnancy and childbirth. 2017;17(1):196.
36. Gibore NS, Bali TA. Community perspectives: An exploration of potential barriers to men's involvement in maternity care in a central Tanzanian community. PloS one. 2020;15(5):e0232939.

37. Kassahun F, Worku C, Nigussie A, Ganfurie G. Prevalence of male attendance and associated factors at their partners antenatal visits among antenatal care attendees in Bale Zone, South East Ethiopia. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2018;10(9):109-20.
38. Afulani P, Kusi C, Kirumbi L, Walker D. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):150.
39. Alexander A, Mustafa A, Emil SA, Amekah E, Engmann C, Adanu R, et al. Social support during delivery in rural central Ghana: a mixed methods study of women's preferences for and against inclusion of a lay companion in the delivery room. *Journal of Biosocial Science*. 2014;46(5):669.
40. Oboro VO, Oyeniran AO, Akinola SE, Isawumi AI. Attitudes of Nigerian women toward the presence of their husband or partner as a support person during labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011;112(1):56-8.
41. Adeniran AS, Fawole AA, Adesina KT, Aboyegi AP, Balogun OR, Ijaiya MA. Spousal participation during pregnancy and delivery in Ilorin, Nigeria. *Medical Journal of Zambia*. 2019;46(3):221-7.
42. Mullick S, Kunene B, Wanjiru M. Involving men in maternity care: health service delivery issues. *Agenda Special Focus*. 2005; 6:124-35.
43. Maluka SO, Peneza AK. Perceptions on male involvement in pregnancy and childbirth in Masasi District, Tanzania: a qualitative study. *Reproductive health*. 2018;15(1):68.
44. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(6):604-12.

5.2. Article 2

Effets perçus de l'accouchement humanisé sur l'expérience de soins des femmes : une étude de cas au Sénégal

Auteurs : Emilie Gélinas, B.Sc.inf et Oumar Mallé Samb, Ph. D.

Financement : Bourse d'études supérieures du Canada au niveau de la maîtrise (BESC-M) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Bourse d'études supérieures du Canada – Suppléments pour études à l'étranger Michael-Smith (BESC-SEEMS)

Statut de l'article : Cet article a été soumis à la revue Santé publique le 17 novembre 2020. Le 11 janvier 2021, la décision acceptée avec révisions a été rendue.

Contribution : La conception du protocole de recherche, la collecte des données et l'analyse des résultats ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse, Emilie Gélinas sous la supervision de son directeur de maîtrise le professeur Oumar Mallé Samb. La rédaction intégrale de la première version de l'article a été faite entièrement par l'étudiante, puis révisée par Oumar Mallé Samb, Ph. D.

RÉSUMÉ

Les violences faites aux femmes lorsqu'elles accouchent dans une structure sanitaire sont une violation de leurs droits fondamentaux et contribuent à la morbidité et la mortalité maternelles. Ces dernières années, plusieurs pays dont le Sénégal ont mis en œuvre des interventions visant à améliorer l'expérience d'accouchement des femmes par des soins humanisés. Cette étude a pour objectif d'analyser l'expérience d'accouchement des femmes qui ont bénéficié de l'intervention de l'Accouchement humanisé lors de leur dernier accouchement au Sénégal.

Pour ce faire, nous avons réalisé au printemps 2019 une recherche qualitative basée sur une étude de cas multiples. Trois méthodes de collecte ont été utilisées : l'observation directe, les entrevues individuelles et l'analyse documentaire. Les entrevues individuelles ont été réalisées auprès de 20 femmes en post-partum et 8 sages-femmes. Les observations directes, basées sur le cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian, ont duré en moyenne 5 jours par structure sanitaire (N=20).

De manière générale, les femmes ont apprécié leurs expériences grâce à la possibilité qu'elles avaient de boire et manger durant le travail de l'accouchement, d'être accompagnées par un proche et de choisir leur position à l'accouchement. C'est toutefois l'accueil adéquat et l'attitude respectueuse des professionnels de santé qui ont été déterminants dans leur niveau de satisfaction. Peu de femmes ont bénéficié de l'ensemble des composantes de l'intervention. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre telles que la salle d'accouchement non fonctionnelle, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et la méconnaissance de l'intervention expliquent cela. Nos résultats suggèrent donc que l'amélioration de la qualité des soins à l'accouchement, pour un accouchement « humanisé » (ou naturel, respectueux), n'est vraiment possible que lorsque certaines conditions matérielles et médicales sont réunies et qu'elle se prépare en amont, lors de la période prénatale.

Mots-clés : accouchement humanisé, soins respectueux, expérience de soins, qualité des soins, Sénégal, étude de cas

ABSTRACT

Violence against women during institutional childbirth is recognized as a major barrier to the quality of care. In recent years, several countries have implemented interventions aimed at improving the childbirth experience of women through humanized care. However, the literature on the effectiveness of these interventions remains unexplored. The aim of this study is therefore to analyze the experience of care of women regarding the intervention of humanized childbirth in Senegal.

A qualitative research based on a multiple cases study was conducted. Three collection methods were used: observation, individual interviews, and document analysis. Individual interviews were carried out with 20 women.

In general, women who gave birth following the intervention appreciated their experience due to changes such as the opportunity to eat and drink, to be accompanied by a trusted person and to choose their position during childbirth. However, it was the way in which women were received at the health facility and the attitude of health professionals that were decisive in their level of satisfaction with care. Few women benefited from all the components of the intervention. The difficulties encountered in the implementation such as non-functional delivery rooms, the lack of qualified human resources and the lack of awareness of the intervention explain this. Our results therefore suggest that improving the quality of care at birth, for a "humanized" (or natural, respectful) birth, is only possible when certain materials and medical conditions are met and prepared in advance, during the prenatal period.

Keywords: humanized childbirth, experience of care, quality of care, Senegal, Case Study

INTRODUCTION

De nos jours, une littérature abondante dénonce le manque de respect et les violences faites aux femmes au moment de l'accouchement dans les structures sanitaires [1, 2]. Ces phénomènes observés à la fois dans les pays à faible, moyen et haut revenus se produisent le long d'un continuum allant de la discrimination subtile à la violence manifeste [3]. En plus d'aller à l'encontre des droits fondamentaux, cette violence obstétricale contribue à la morbidité et la mortalité maternelles [4]. Ces expériences traumatisantes peuvent également amener les femmes à ne pas consulter en cas de complications pendant la grossesse ou à favoriser l'accouchement à domicile sans assistance professionnelle et plan d'accouchement en cas de complication [5].

Le manque de respect et les traitements médicaux inadéquats infligés aux femmes lors de l'accouchement dans les structures de santé peuvent prendre la forme de violence physique, de soins non consentis, d'absence de confidentialité, de non-respect à la dignité humaine, de discrimination fondée sur les attributs de la personne, d'abandon et de détention dans les structures de santé [1]. De récentes études montrent que les causes sous-jacentes à la violence obstétricale sont multidimensionnelles [2]. Elles incluent les relations interpersonnelles conflictuelles, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, les soins inadéquats, le non-respect des protocoles, les conditions de travail incorrectes et les problèmes d'infrastructures, de commodités et de produits essentiels [1, 2]. En ce sens, les interventions visant à lutter contre la violence obstétricale sont souvent complexes et impliquent des mesures prises à différents niveaux du système de la santé.

Parmi les interventions disponibles, on retrouve notamment celles qui s'inspirent du mouvement pour l'accouchement humanisé. Le concept de l'accouchement humanisé fut introduit vers la fin des années 1970 en réponse aux dénonciations de groupes féministes et d'associations professionnelles sur les violences faites aux femmes lors de l'accouchement dans les structures de santé [6]. Les revendications étaient alors de permettre aux femmes de se réapproprier la grossesse et l'accouchement [6] et de réduire l'utilisation d'interventions obstétricales non fondées sur les preuves scientifiques, inefficaces et potentiellement

nuisibles [7]. Les interventions pour un accouchement humanisé font la promotion d'un modèle de soins orientés vers la femme où la prise de décision partagée avec les professionnels de la santé est encouragée [8]. Elles visent à faire reconnaître la grossesse et l'accouchement comme un processus physiologique normal tout en accordant une grande importance au respect, à la dignité, aux croyances, à la culture ainsi qu'à la participation active de la femme et de sa famille dans le processus de soins [9].

Ces dernières années, des études réalisées dans les pays à revenu élevé ont montré les avantages de l'accouchement humanisé sur la santé de la mère et du nouveau-né ainsi que sur la réduction du recours aux interventions obstétricales [10, 11]. En outre, les femmes ayant pu bénéficier de ce mode de naissance semblent éprouver un niveau de satisfaction plus élevé en comparaison avec celles qui accouchent selon le modèle biomédical [10, 12]. En Afrique subsaharienne, la littérature scientifique sur le sujet est embryonnaire. Les rares études qui se sont penchées sur l'analyse de leur efficacité présentent des résultats prometteurs en termes d'amélioration de la qualité des soins et de la réduction de la violence obstétricale [13, 14]. Toutefois, ces résultats sont souvent limités par les facteurs contextuels et ceux associés à la mise en œuvre [15, 16].

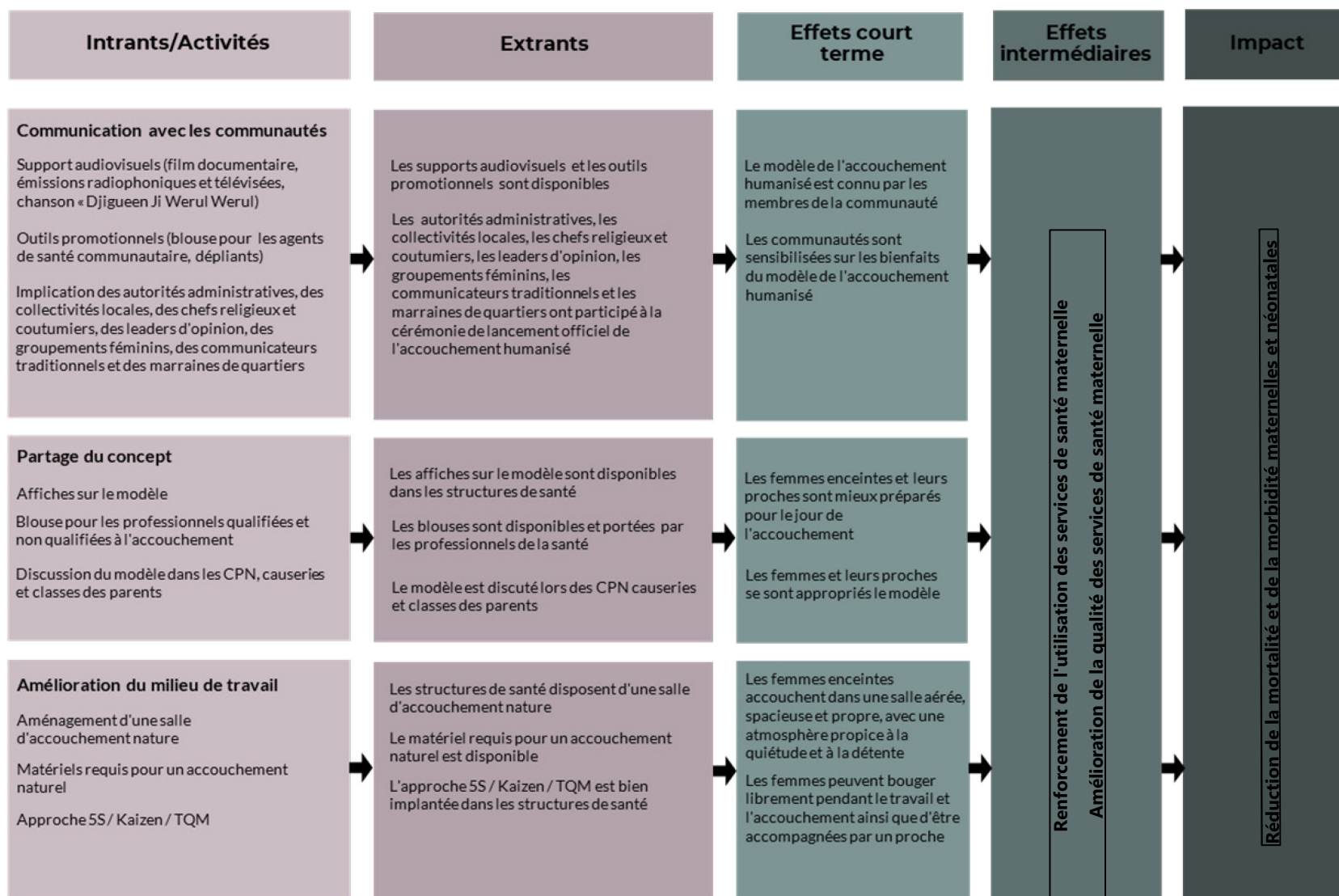
L'objectif de cette étude vise à analyser l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre des composantes de l'accouchement humanisé et à ses effets lors de leur dernier accouchement au Sénégal.

Description de l'intervention

En 2009, le gouvernement du Sénégal, avec le concours de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), mit en œuvre son intervention nommée « l'accouchement humanisé ». Cette intervention a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et l'expérience d'accouchement des femmes par le développement d'un modèle de soins humanisés pour la mère et le nouveau-né [17]. Il s'agit d'une intervention complexe qui mobilise à la fois plusieurs acteurs (décideurs politiques, membres du comité local de développement, prestataires de soins et acteurs de santé communautaires) et différentes stratégies (communication avec les communautés, partage du concept dans les structures de

santé, amélioration de l'environnement de travail, pratique des soins basés sur les données probantes et activités de soutien et de développement) [18]. Elle est accompagnée d'un réaménagement des structures de santé afin de disposer de salles d'accouchement nature, de la dotation en accessoires (tatamis, ballons, coussins, balançoires, escabeaux, paravents) et en équipements essentiels (plateau technique pour un accouchement normal). Un renforcement des capacités du personnel de la santé par des formations (l'approche 5S/Kaizen, le concept et modèle du projet, la médecine basée sur les données probantes, les normes de l'OMS pour un accouchement normal, les soins recommandés aux nouveau-nés, l'accouchement naturel (appelé dans le contexte accouchement à style libre) et les soins de la mère et du nouveau-né en post-partum) a aussi été prévu avec l'intervention. Pour permettre aux femmes et leur famille de vivre une expérience d'accouchement positive, les composantes promues dans le modèle de l'Accouchement humanisé sont : 1) personnel de santé motivé, attentif et prévenant, 2) dignité retrouvée pour la parturiente, 3) choix libre pour la position à l'accouchement (dorsale, debout, à genoux, latérale, accroupie et assise), 4) liberté de boire et manger pendant le travail, 5) massages et relaxation et 6) accompagnement par un proche [17].

Modèle logique de l'accouchement humanisé au Sénégal



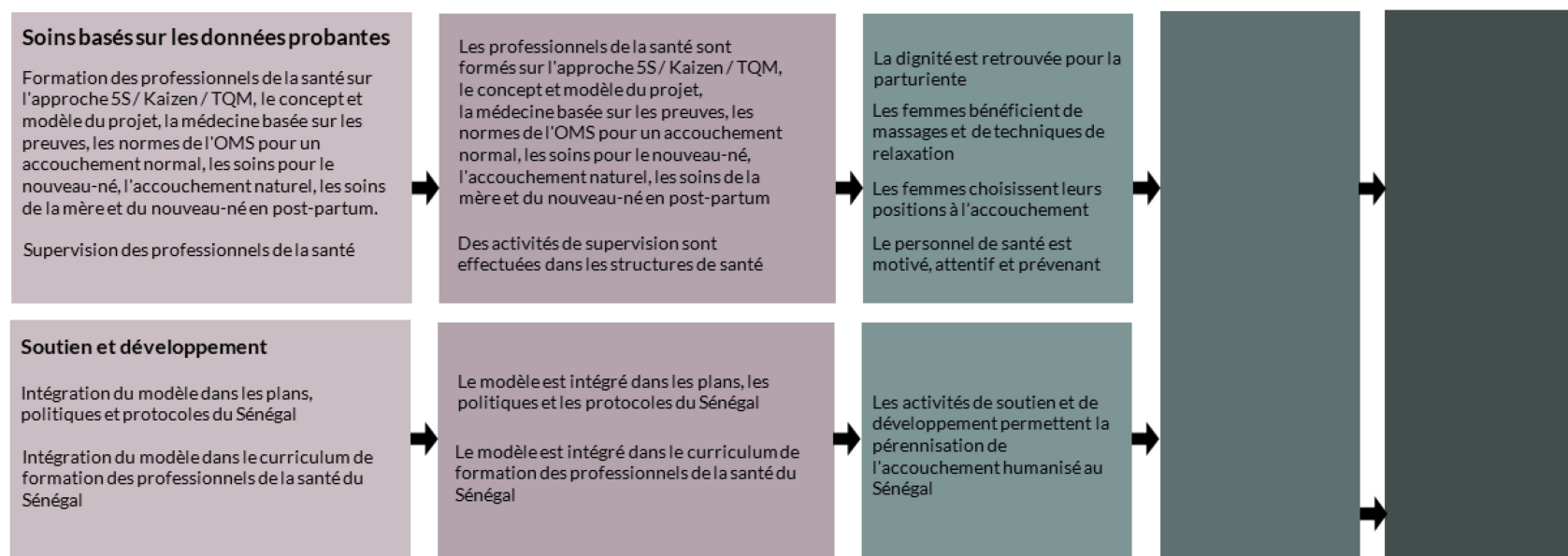


Figure 5

Modèle logique de l'accouchement humanisé

Source : Informations tirées du ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal et de l'Agence japonaise de coopération internationale (2018)

Cadre conceptuel

L'analyse des effets perçus de l'accouchement humanisé sur l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre de l'intervention et à ses effets repose sur le cadre conceptuel de la qualité des soins d'Avedis Donabedian [19] adapté aux concepts de cette étude. Selon Donabedian, l'évaluation de la qualité des soins s'opère en tenant compte des caractéristiques de trois aspects intrinsèquement liés : 1) la structure ; 2) les processus et 3) les résultats [19].

La *structure* concerne les attributs associés à l'environnement dans lequel les services sont dispensés tels que les ressources humaines et matérielles ainsi que l'organisation des services de santé [19]. Elle a porté sur l'aménagement de la salle de naissance avec l'équipement fonctionnel, la disponibilité en ressources humaines qualifiées et la diffusion de l'information sur l'accouchement humanisé. Son analyse a permis d'étudier la mise en place de l'infrastructure nécessaire pour fournir les soins humanisés.

Le *processus* désigne tout ce qui est effectué dans la fourniture et la demande de soins [19]. Elle a concerné la manière dont les soins ont été administrés dans le cadre de l'intervention en se référant aux dimensions proposées par l'OMS pour une expérience d'accouchement positive (communication efficace, dignité et soins maternels respectueux et soutien émotionnel) (52).

Finalement, les *résultats* définissent les effets attribuables à l'intervention sur l'état de santé des patients et de la population en générale [19]. La composante *résultats* a consisté à apprécier les effets perçus de l'offre de l'accouchement humanisé sur l'expérience de soins des femmes.

Ce cadre d'analyse suppose qu'une bonne *structure* augmente les chances d'obtenir de bons *processus*, qui à leur tour devraient mener à de bons *résultats*. Il s'agit d'une des propositions théoriques les plus connues pour l'évaluation de la qualité des soins et de la performance des systèmes de la santé [20].

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à notre objectif de recherche, une approche qualitative basée sur une étude de cas multiples a été retenue [21]. Ce devis de recherche est particulièrement indiqué lors de l'étude d'un phénomène en profondeur et dans son contexte social [21]. Les cas sont constitués de quatre structures de santé du district sanitaire Dakar Centre ayant implanté les composantes de l'accouchement humanisé depuis 2015. Le critère d'inclusion principal est que l'intervention de l'Accouchement humanisé y est appliquée. Les critères d'inclusion secondaires sont la présence d'un comité de santé fonctionnel et d'une agente de santé communautaire pour faciliter le recrutement des participants.

La sélection des cas s'est fait de façon contrastée afin de produire des connaissances rendant compte de situations différentes [21]. Le contraste se situe dans l'offre de soins, soit un centre de santé de référence pouvant administrer les SONUC et deux centres de santé et un poste de santé pouvant administrer les soins pour un accouchement normal. Dans toutes les structures sanitaires, les soins liés à l'accouchement étaient administrés par les sages-femmes.

Dans cette étude, plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées, soit l'observation directe, l'entrevue individuelle et l'analyse documentaire, au cours d'une enquête de terrain qui a duré quatre mois, de janvier à mai 2019. L'observation directe a porté sur l'environnement physique des structures sanitaires, les processus de mise en œuvre de l'accouchement humanisé et les processus de soins. Elles étaient basées sur le cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian et se sont réalisées dans l'ensemble des structures sanitaires sélectionnées. Leur durée était en moyenne 5 jours par structure de santé (N=20). Elles avaient pour objectif de mieux comprendre le modèle de soins de l'accouchement humanisé, de saisir le contexte et de trianguler avec les documents et les discours des participants.

Les entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées en français, en wolof et en puular auprès de 20 femmes en post-partum (F). Une interprète locale était présente pour la

traduction des entrevues réalisées en wolof ou en puular. Les femmes en post-partum ont été sélectionnées à partir de la méthode d'échantillonnage par choix raisonné dans les registres d'accouchement des structures de santé. Le nombre total de femmes rencontrées s'expliquent par les contraintes de temps et leurs difficultés d'accès. Dans un premier temps, les femmes identifiées par les prestataires comme ayant accouché selon l'accouchement humanisé (accouchement naturel sans médicament et sans instrument) étaient contactées par téléphone afin de les informer de l'étude et d'évaluer leur éligibilité. Puisqu'il nous était impossible d'identifier des femmes ayant accouché selon l'ensemble des composantes de l'intervention, un second critère d'inclusion était qu'elles devaient avoir bénéficié minimalement d'une de ses composantes. Les entrevues se sont déroulées au domicile des femmes une semaine voire un mois après leur accouchement. Une interprète locale était présente pour la traduction des entrevues lorsque nécessaire, mais également pour la validation du sens et de l'interprétation des propos. Comme les professionnels de la santé sont les mieux placés pour discuter de la mise en œuvre de l'intervention, des entrevues individuelles semi-dirigées ont aussi été effectuées auprès de 8 sages-femmes (SF) sélectionnées dans les structures de santé. Le critère d'inclusion était qu'elles devaient avoir été formées pour les différentes composantes de l'accouchement humanisé. Ces entrevues étaient enregistrées avec le consentement des participantes.

Enfin, l'analyse documentaire a servi à affiner notre connaissance du contexte et à mesurer l'adéquation entre ce qui a été prévu au niveau de l'intervention et ce qui a été réellement mis en œuvre. Elle a porté sur les rapports d'études, les documents de formation, les articles promotionnels et les articles de journaux.

Pour ce qui est de l'analyse des données, la démarche suivante a été adoptée. Tout d'abord, nous avons procédé à la retranscription des entrevues en français et des notes terrain. Pour assurer de la qualité des verbatims, chaque entrevue réalisée en Wolof ou en Pulaar a subi une double transcription en français. Les transcriptions des entrevues individuelles et des notes d'observation ont constitué notre corpus théorique. Afin de nous assurer de la qualité du processus et de réorienter la collecte de données au besoin [22], nous avons procédé par analyse itérative qui consiste à alterner collecte et analyse des données. Nous avons opté

pour la méthode de l'analyse thématique afin de produire une description riche et détaillée des discours oraux [22]. À l'aide du logiciel QDA Miner, les données ont été codifiées et organisées selon une typologie correspondante aux trois dimensions de notre cadre conceptuel (structures, processus, résultat). Les données issues de nos observations et de la revue documentaire ont servi de triangulation tout au long de notre processus d'analyse.

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et le comité d'éthique de la recherche du Sénégal.

RÉSULTATS

Les résultats seront présentés au regard des trois dimensions du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian, soit la structure, le processus et les résultats.

Structure de soins

L'analyse de la structure a porté sur les composantes essentielles de l'intervention devant permettre la production des effets attendus. Les points suivants ont été étudiés : salle aménagée avec équipements fonctionnels, disponibilité de ressources humaines qualifiées et diffusion de l'information.

Salle aménagée avec équipements fonctionnels

Toutes les structures disposaient d'au minimum une salle d'accouchement nature² fonctionnelle, à l'exception de celle du CS2 qui était dépourvu d'électricité et donc uniquement utilisée comme salle d'attente par les femmes et leurs accompagnateurs : « *Si la femme vient en journée, elle peut utiliser la salle pendant le travail, mais pendant l'accouchement, comme il n'y a pas de lumière, elle est obligée d'aller dans l'autre salle.* » (SF3-CS2).

Ces salles individualisées pour l'accouchement naturel ont été valorisées par les femmes qui ont apprécié l'espace pouvant accueillir leur proche et leur intimité préservée: « *Je salue ce*

² Dans le contexte, la salle d'accouchement nature est connue sous le nom de salle d'accouchement à style libre.

geste, car avant on pouvait venir et tout le monde te regardait, mais aujourd'hui, tu restes seule et tu accouches normalement sans qu'on te regarde et sans être fatigué. Si tu veux ton mari vient t'assister tu auras la salle à toi toute seule. » (F5-CS1).

Un autre élément qui a été valorisé par la majorité des femmes concerne les efforts déployés pour maintenir l'environnement propre : *« J'ai préféré l'asepsie aussi. La propreté des lieux par rapport aux autres centres. Ils prennent bien soin des lieux et c'est très important parce que quand c'est sale ce n'est pas bon. » (F19-CS4).* Une femme ayant accouché au CS3 s'est toutefois plainte du manque d'hygiène : *« Ils n'ont qu'à améliorer un peu l'hygiène parce que les ballons étaient poussiéreux. Peut-être aussi que les gens ne passent pas là-bas souvent, ça aussi ça joue. » (F9-CS3).*

Au moment de la visite des lieux, toutes les structures sanitaires disposaient de l'ensemble des équipements (tatamis, ballons d'accouchement, coussins, escabeaux, paravents) prévus dans l'intervention pour permettre un accouchement naturel.

Disponibilité en ressources humaines qualifiées

Pour s'assurer que les professionnels de la santé soient qualifiés pour la pratique d'un accouchement humanisé, il est prévu dans l'intervention d'offrir des formations au niveau du district sanitaire. Or, les entretiens avec les sages-femmes ont mis en lumière les difficultés à maintenir à jour ces formations pour les nouvelles recrues : *« Les sages-femmes étaient formées, mais il y a eu des départs et il y en a d'autres qui sont arrivées. Celles qui sont arrivées ne sont pas formées. » (SF3-CS2).*

Selon certaines sages-femmes, cette insuffisance des ressources humaines qualifiées rendait difficile d'assurer un soutien physique et émotionnel aux femmes comme recommandé avec l'intervention: *« Nous aussi on doit le faire (soutenir la femme et lui faire des massages), mais comme il y a beaucoup de patientes, on ne peut pas sacrifier les autres pour rester avec une seule patiente. » (SF5-CS1).* Ce que confirme une femme qui s'est présentée au centre

de santé pendant la nuit : « *Elles avaient une patiente qui accouchait. Je suis restée des heures et personne ne m'a accueillie.* » (F1-CS2).

Diffusion de l'information

Bien qu'il soit prévu dans l'intervention des campagnes promotionnelles pour faire connaître l'accouchement humanisé, peu de femmes en ont bénéficié. En effet, seulement la moitié des participantes ont confirmé avoir reçu l'information à ce sujet et la plupart venaient du CS3 et du CS4.

En outre, il est ressorti lors des entretiens que les composantes comme le choix de la position à l'accouchement et l'accompagnement par un proche étaient souvent utilisées pour désigner l'intervention : « *Quand je suis venue, la dame m'a dit ici tu accouches comme tu veux. Si tu veux, tu peux être accompagnée par ton mari ou ta maman.* » (F5-CS1). Cette stratégie était utilisée selon une sage-femme pour rendre le concept de l'accouchement humanisé plus facile à comprendre pour les femmes et leur famille : « *On leur explique en wolof, sans parler « d'humaniser », ce qu'elles peuvent comprendre.* » (SF8-CS3).

Pour certaines femmes, ces informations ont été rendues disponibles seulement le jour de l'accouchement, donc tardivement, ce qui a provoqué des difficultés de compréhension : « *Elles m'ont dit que ça dépendait de moi, que je pouvais choisir ma position d'accouchement. Elles m'ont montré les choses. À ce moment j'avais tellement mal que je ne pensais à rien. Ce qui faisait que j'oubliais beaucoup de choses.* » (F4-CS3). Une autre femme ayant également été informée de l'intervention le jour même de son accouchement considère que la communication devrait être faite en amont au niveau des communautés : « *La sage-femme que tu vas trouver si elle voit la personne qui est là avec ses souffrances, c'est possible qu'elle ne trouve pas le moyen de lui parler de l'Accouchement humanisé. Mais si on obligeait les sages-femmes à venir en parler chez les gens, elle pourrait lui dire quoi faire.* » (F20-CS2).

Une autre femme ayant également été informée de l'intervention le jour même de son accouchement considère que la communication devrait être faite en amont au niveau des communautés : « *La sage-femme que tu vas trouver si elle voit la personne qui est là avec ses souffrances, c'est possible qu'elle ne trouve pas le moyen de lui parler de l'accouchement humanisé. Mais si on obligeait les sages-femmes à venir en parler chez les gens, elle pourrait lui dire quoi faire.* » (F20-CS2).

Processus de soins

L'analyse des processus a porté sur tout ce qui est effectué dans la fourniture et la demande de soins. Les résultats sont articulés autour des thèmes suivants : communication efficace, dignité et soins maternels respectueux et soutien émotionnel.

Communication efficace

La communication entre les professionnels de la santé et les femmes a été citée comme un élément important dans l'expérience de soins de la plupart des participantes de notre étude : « *C'est ça l'essentiel. Il faut expliquer d'abord avant de passer à l'acte parce qu'il y'a des gens qui ne comprennent même pas l'acte que tu fais. Ils vont se dire qu'on m'a fait ceci et cela sans savoir l'intérêt de ce qui est fait.* » (F19-CS4).

Des opinions divergentes ont été exprimées par les femmes concernant le partage de l'information sur leur état de santé, les procédures de soins requises ainsi que les risques et bénéfices associés. Alors qu'une femme au CS2 s'était dit satisfaite de la communication avec les professionnels de la santé : « *Elles avaient pris leurs temps pour bien m'expliquer les choses.* » (F2-CS2), une autre au CS3 pensait le contraire : « *Elles te disent d'attendre un peu ça reste, ce n'est pas encore le moment, mais à part ça rien.* » (F17-CS3). De plus, les informations données aux femmes étaient souvent limitées à mentionner le soin qu'elles allaient recevoir : « *Avant de faire quel que soit le soin, elle me disait on va vous faire ça.* » (F19-CS4) sans demander leur consentement: « *Elle me l'a fait sans me le demander, elle m'a dit que c'est pour m'aider, car le saignement n'est pas bien pour moi.* » (F14-CS2).

Dignité et soins maternels respectueux

De manière générale, les participantes de notre étude ont apprécié la manière dont elles ont été reçues à leur arrivée dans les structures de santé : « *Ils m'ont bien accueilli et moi c'est ça que j'aime dans cet hôpital.* » (F2-CS2). Une attitude respectueuse qui a été saluée par plusieurs femmes: « *Il y avait une sage-femme qui discutait avec moi. Si les contractions se répétaient, elle me disait sois forte, ça va bientôt se terminer. Quelqu'un qui fait ça pour toi c'est une bonne personne.* » (F16-CS1).

Une femme (CS2) a toutefois jugé négative son expérience de soins en raison du sentiment d'abandon provoqué par le mauvais accueil et le manque d'empathie des sages-femmes : « *C'était dur la manière dont cet hôpital accueille les patientes. C'est très dur et ce n'est pas bon. Il faut qu'ils changent et mènent les choses à bien.* » (F1-CS2).

En outre, de façon générale, le degré de participation des femmes dans le processus de décision de soins offerts a été faible. Parmi les femmes ayant accouché seules sur la table d'accouchement, certaines ont mentionné qu'elles auraient fait un choix différent si les sages-femmes leur avaient fait part des choix possibles: « *À ce moment-là si on m'avait proposé d'amener quelqu'un mon mari m'avait accompagné, il était dehors, mais j'aimerais bien qu'il soit là. Parce qu'au fait, le fait qu'il soit là ça t'aide et ça te rassure.* » (F13-CS1). La liberté de boire et manger a été respectée dans la grande majorité des cas, mais pour certaines femmes, cette possibilité était offerte seulement après l'accouchement : « *Au moment où j'étais en travail, je n'avais rien mangé et elles ne m'ont rien proposé. Juste avant d'accoucher, elles m'ont dit d'acheter du lait pour que je puisse le boire après mon accouchement.* » (F7-CS4).

Bien que les techniques non pharmacologiques de gestion de la douleur telles que les massages et la relaxation soient au cœur de la stratégie, seules deux femmes ont mentionné en avoir bénéficié.

Soutien émotionnel

L'accompagnement par un proche pendant l'accouchement a été un élément important pour les femmes rencontrées : « *Comme on est venue là-bas, on était souffrante et désespérée. Donc on a besoin de quelqu'un qui nous réconforte et qui nous rassure parce que c'est très important surtout pour l'accouchement parce que l'accouchement c'est très sérieux.* » (F13-CS1).

Si plusieurs femmes ont bénéficié du soutien d'un proche au moment du travail (mère, belle-mère, belle-sœur et mari) : « *Mon mari m'a beaucoup soulagé, il était présent pendant tout le travail.* » (F11-CS4), peu en ont bénéficié jusqu'à l'accouchement : « *J'étais venue avec ma belle-sœur et mon mari, mais ils ont refusé d'assister à l'accouchement. Ils n'avaient pas le courage de faire face à ça.* » (F20-CS2). Une situation fréquemment observée selon une sage-femme au CS4: « *Il y a beaucoup d'hommes qui accompagnent leur femme en consultation prénatale, mais au moment de l'accouchement il y en a qui ont peur. Ils veulent bien, mais ils n'ont pas le courage de rentrer.* » (SF4-CS4).

Certaines femmes ont préféré l'assistance des sages-femmes à l'accouchement à la place d'une personne de leur famille par peur d'être exposées plus tard à des commérages : « *C'est ma belle-mère qui était là donc du coup elle n'est pas venue dans la salle. J'avais peur qu'elle se moque de moi après.* » (F10-CS3), d'autres par honte : « *Si c'était mon mari, je n'allais pas avoir honte de ça, mais comme ce n'était pas mon mari, je ne voulais pas qu'elle m'assiste.* » (F5-CS1) ou pour préserver leur intimité : « *Mon mari n'était pas là. Maintenant c'est le neveu qui m'a accompagnée. J'ai dit non ce n'est pas bon. J'aime mieux être accompagnée par la sage-femme.* » (F19-CS4).

Mise à part une femme au CS1 et une au CS2, toutes les femmes de notre étude ont été satisfaites du soutien émotionnel offert par les sages-femmes : « *Elles étaient gentilles. Elles me considéraient comme leur sœur. Elles étaient présentes pour moi.* » (F4-CS3).

Résultats de soins

L'analyse des résultats a porté sur les effets de l'intervention sur l'expérience vécue de l'accouchement par les femmes. De manière générale, les femmes rencontrées ont apprécié leur expérience relative à l'accouchement humanisé : « *L'accouchement humanisé c'est vraiment intéressant pour nous les femmes. Pour moi j'ai adoré vraiment.* » (F13-CS1). Selon elles, l'aménagement des salles d'accouchement nature et les composantes de l'intervention ont permis d'améliorer leur expérience de soins : « *Maintenant, on te facilite la manière d'accoucher. Tu viens et tu accouches normalement sans problème.* » (F5-CS1). Ce qui s'est traduit pour plusieurs par un sentiment de bonheur : « *ça m'a fait plaisir franchement* » (F9-CS3).

De toutes les composantes de l'intervention, c'est le personnel de santé motivé, attentif et prévenant qui a été cité comme l'élément ayant le plus contribué à l'expérience positive d'accouchement des femmes : « *J'ai été bien accueillie. Elles ont été présentes pour moi. Je suis là en bonne santé. Elles m'ont bien soutenue. J'ai accouché en paix.* » (F16-CS1).

En plus de l'accueil chaleureux, plusieurs femmes ont apprécié l'attitude et le comportement respectueux des professionnels de la santé tout au long de leur parcours de soins : « *Ça m'a permis de ne pas avoir peur du tout, d'avoir la conscience tranquille, de me mettre à l'aise, car si tu viens accoucher et qu'on te hurle dessus te dire de faire ceci ou faire cela, tu n'auras pas la conscience tranquille.* » (F14-CS2).

Des effets positifs en lien avec d'autres composantes de l'accouchement humanisé ont été observés. Par exemple, la possibilité de boire et manger a permis selon certaines femmes d'avoir plus d'énergie pour effectuer le travail d'accouchement : « *Le fait de pouvoir manger et boire m'a redonné des forces pour pouvoir pousser et faire sortir le bébé.* » (F5-CS1). Pour une participante, les massages offerts par la sage-femme l'avaient aidée à se sentir rassurée et auraient diminué sa douleur : « *Elles vont te masser pour que tu ne sois pas stressée et que tu ne ressenties plus la douleur.* » (F20-CS2). L'accompagnement par un proche a également été fortement apprécié par la majorité des femmes de notre étude pour son effet de réconfort, d'encouragement, de confiance en soi augmentée et de diminution de

la douleur: « *Ça permet de diminuer beaucoup la douleur par rapport à ce qu'il ne soit pas là. Même si c'est difficile, il te soulage et il t'apaise en te disant d'être forte que ça va bientôt se terminer.* » (F8-CS2).

Cependant, peu de femmes ont eu un accouchement naturel. Les raisons explicatives de cela étaient que la plupart des femmes préféraient l'accouchement dans la position gynécologique pour la perception de confort et de sécurité et puisqu'elle correspondrait davantage à leurs normes sociales : « *Pour nous le fait d'être couchée nous rassure le plus parce qu'on ne connaît que ça et aussi on se sent à l'aise, la position couchée répond plus aux normes sociales du Sénégal.* » (F8-CS2).

Néanmoins, chez les femmes ayant pratiqué l'accouchement naturel, beaucoup ont aimé leur expérience pour la perception d'un sentiment de liberté : « *L'Accouchement humanisé c'est un accouchement qui est libre. Avant, si tu étais sur les tables quand tu tournais tu pouvais tomber, mais cette fois-ci tu as ta liberté comme on l'entend.* » (F9-CS3). Elles ont également trouvé que cette possibilité améliorerait le confort durant l'accouchement : « *À l'accouchement, j'étais en position dorsale. C'était bien parce que je m'étais dit que c'était plus confortable que là-bas sur la table. Là tu as un coussin c'est mieux comme ça.* » (F19-CS4).

Une femme au CS2 a toutefois eu l'impression que les positions alternatives à celle allongée sur le dos augmentaient les douleurs et le sentiment de fatigue : « *À cet instant je ne pensais à rien mis à part ce qui était en moi et c'était tellement souffrant que je ne faisais pas attention à ce que les sages-femmes me disaient. C'est à cause de ça que j'ai choisi d'accoucher allongée sur la table.* » (F20-CS2).

Discussion

Cette étude vise à mieux comprendre l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre et à ses effets de l'accouchement humanisé au Sénégal. L'intervention avait prévu un certain nombre d'actions pour renforcer son efficacité et améliorer la qualité des soins pendant

l'accouchement. Or, les résultats ont montré que des difficultés dans la mise en œuvre de l'intervention telles que le matériel de travail inadapté, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et la méconnaissance de l'accouchement humanisé ont atténué ces effets. Dans la littérature, le manque de matériels et de ressources humaines qualifiées et la violence institutionnelle vécue par le personnel sont fréquemment cités comme des éléments responsables de la faible qualité des soins et de la violence obstétricale dans les pays à revenu faible et intermédiaire [7]. En effet, cela peut conduire à un retard dans la prise en charge des soins, à de la négligence ou à une attitude négative des professionnels de la santé [30]. Également, le manque d'information à l'égard de l'intervention a influencé négativement l'expérience de soins des femmes puisqu'elles n'étaient pas préparées à l'idée de pouvoir choisir leurs positions à l'accouchement. Dans le monde, les femmes sont souvent installées systématiquement en position gynécologique au moment de l'accouchement dans les structures de santé [31, 32]. Cette position semble être privilégiée par les professionnels de la santé pour la perception d'une meilleure surveillance médicale et d'une pratique de soins facilitée [32]. Plusieurs études montrent que les recommandations provenant des professionnels de la santé sont le facteur principal influençant le choix de la position à l'accouchement pour les femmes [31, 33]. Il est donc possible que cette préférence exprimée par les femmes pour la position gynécologique ait été influencée par le discours des sages-femmes qui considéraient cette position plus sécuritaire.

Malgré ces difficultés liées à la mise en œuvre, l'analyse des résultats montre que de façon générale, l'intervention a été perçue comme ayant des effets positifs sur l'expérience d'accouchement des femmes. Les participants à l'étude ont mis en exergue un certain nombre de composantes particulièrement appréciées. Il s'agit de l'accueil adéquat et de l'attitude respectueuse des professionnels de la santé.

Dans un contexte où les violences obstétricales sont largement répandues [23] avec des effets délétères sur la santé de la mère [24], il n'est pas étonnant de voir que les participantes accordent une grande importance aux interactions avec les professionnels de la santé qui soient empreintes d'empathie, de respect et de dignité. Une revue de la littérature sur les déterminants de la satisfaction des soins maternels dans les pays en développement montre

également que le comportement interpersonnel non abusif et courtois des professionnels de la santé est le facteur le plus important pour les femmes [25]. Selon Bohren et ses collaborateurs, un accueil adéquat et une communication positive favorisent l'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels de la santé et les femmes, ce qui permet à ces dernières d'avoir le courage, la confiance en soi et la force nécessaire pour accoucher normalement [26]. Une étude analysant le lien entre la satisfaction des femmes à l'égard des services reçus dans les structures sanitaires et le choix de leur futur lieu d'accouchement au Sénégal, rapporte que 22% des femmes ayant déjà fait l'expérience d'un accouchement institutionnalisé avaient opté pour un accouchement à domicile pour leur dernière grossesse, et ce en dépit d'une politique de gratuité des accouchements [27]. L'insatisfaction quant à la manière dont ces femmes avaient été accueillies et soignées pendant leur accouchement antérieur était la principale raison à cela [27].

Au-delà de l'amélioration de l'interaction entre les femmes et les professionnels de la santé, les participantes de notre étude ont apprécié l'intervention grâce au soutien émotionnel qu'elle apporte à travers l'accompagnement par un proche. En effet, l'accouchement est considéré dans le contexte africain comme une expérience difficile et risquée pour la femme [28]. Par conséquent, les femmes accordaient une grande valeur au soutien émotionnel d'un proche ou d'un professionnel de la santé pour les aider à se sentir rassurée, encouragée et plus en confiance pour gérer le processus de l'accouchement. Ce soutien était offert par différentes personnes dans le cadre de cette étude, incluant notamment le mari, la mère, la belle-mère, la belle-sœur ou les sages-femmes. Ces résultats sont corroborés dans la littérature par plusieurs écrits qui montrent un impact positif du soutien en continu d'une personne de confiance à l'accouchement pour les femmes [29]. En effet, une revue de synthèse réalisée par Hodnet et ses collaborateurs rapporte que les femmes bénéficiant d'un soutien en continu étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané, une expérience d'accouchement positive, une réduction de l'utilisation des analgésiques et une phase de travail plus courte [13].

Cette étude n'est pas sans limites. Tout d'abord, il est possible que les entrevues réalisées dans le cadre d'un projet de développement aient produit un biais de désirabilité sociale.

Pour en limiter l'impact, une mission d'information dans les milieux pour informer le personnel de l'objectif de l'étude a précédé les séances d'observation et les entrevues. Aussi, les observations comme les entrevues se sont échelonnées sur une période de quatre mois afin que le personnel de la santé s'habitue à la présence de la chercheuse. Pour nous dissocier de la structure de santé et de l'intervention, nous avons également fait le choix de réaliser les entrevues individuelles avec les femmes à leur domicile. Pour éviter que les premiers ressentiments de la mère d'avoir un bébé en santé les amène à être moins critique face à son expérience d'accouchement [34], nous avons aussi fait le choix de réaliser les entrevues une semaine voire un mois après leur accouchement. Aussi, la chercheuse ne parlant pas les dialectes locaux, les résultats de cette étude peuvent comporter un double biais d'interprétation, soit au moment des entrevues et de l'interprétation des données. Pour assurer la crédibilité des résultats, chaque entrevue était suivie d'une discussion avec l'interprète pour valider le sens et l'interprétation des propos recueillis et toutes les entrevues ont subi une double transcription.

CONCLUSION

Cette étude contribue à l'état des connaissances sur les éléments de satisfaction des femmes au moment de l'accouchement et explore un sujet encore peu étudié, l'expérience vécue des femmes relative à la mise en œuvre et aux effets perçus des interventions pour un accouchement humanisé. De manière générale, l'analyse des résultats montre que l'intervention de l'accouchement humanisé a été appréciée par les femmes de notre étude pour les nouvelles possibilités offertes telles que l'accompagnement par un proche, l'autorisation de boire et manger durant le travail de l'accouchement ainsi que le choix libre pour la position à l'accouchement. Principalement, ce sont les changements induits par l'intervention sur l'amélioration de l'accueil et de l'attitude des professionnels de la santé qui ont été cités par les participantes comme les éléments favorables à l'atteinte des effets visés soit l'expérience d'accouchement positive.

Les résultats de cette recherche suggèrent donc que pour améliorer la qualité des soins de santé maternelle du point de vue des bénéficiaires, il est impératif d'intervenir sur les

attitudes et les comportements des professionnels de la santé. À ce sujet, plusieurs stratégies peuvent être déployées telles que l'ajout d'un volet sur les soins maternels respectueux dans les programmes d'éducation et de formation continue des sages-femmes, des formations sur le développement de la compétence en communication et l'amélioration des conditions de travail des professionnels [14].

Bien que la majorité des femmes de notre étude se sont dit satisfaites de leur expérience, on constate que peu d'entre elles ont pu réellement bénéficier de l'intervention dans son intégralité. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention expliquent ces résultats. Pour améliorer l'efficacité de l'accouchement humanisé, il serait important de revoir l'allocation des ressources humaines et matérielles ainsi que les moyens de communication pour faire connaître l'intervention et ainsi mieux préparer les femmes et leurs accompagnateurs pour le jour de l'accouchement.

Pour éviter que les femmes s'en remettent aux recommandations des professionnels de la santé quand vient le temps de prendre une décision concernant les différentes positions à l'accouchement, nos résultats de recherche mettent en lumière l'importance de la préparation à l'accouchement. En termes de perspective de recherche, il serait donc pertinent d'étudier les effets de la préparation à l'accouchement et notamment de la reconnaissance des droits et des options de soins offertes aux femmes et leur famille lorsqu'ils sont à la structure de santé sur l'expérience d'accouchement des femmes.

RÉFÉRENCES

1. Bowser, D. and K. Hill, Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis, in USAID-TRAction Project, Washington, DC. 2010.
2. Bohren, M.A., et al., The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 2015. 12(6): p. e1001847.
3. White Ribbon Alliance, Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Maternal Health Task Force. 2011.
4. OMS, La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. 2014, Organisation Mondiale de la Santé.
5. Miller, S. and A. Lalonde, The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(S1), S49-S52.
6. Grilo Diniz, C.S., et al., Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive health matters*, 2018. 26(53): p. 19-35.
7. Sen, G., B. Reddy, and A. Iyer, Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive Health Matters*, 2018. 26(53): p. 6-18.
8. Wagner, M., Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001. 75: p. S25-S37.
9. Behruzi, R., et al., *Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010. 10(1): p. 25.
10. Sandall, J., et al., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4).
11. Johnson, K.C. and B.-A. Daviss, Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *Bmj*, 2005. 330(7505): p. 1416.
12. Ferrer, M.B.C., et al., Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 2016. 6(8): p. e011362.

13. Hofmeyr, G.J., Mancotywa, T., Silwana-Kwadjo, N. et al. Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 417 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0417-8>
14. Downe, S., et al., Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive health*, 2018. 15(1): p. 23-23.
15. Horiuchi, S., et al., humanized childbirth awareness-raising program among Tanzanian midwives and nurses: a mixed-methods study. *International journal of Africa nursing sciences*, 2016. 5: p. 9-16.
16. Mselle, L.T., T.W. Kohi, and J. Dol, Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reproductive health*, 2018. 15(1): p. 137.
17. Ministère de la santé et de l'action sociale, Soins de santé maternelle et néonatale bases sur les preuves s.d.
18. MSAS and JICA, Documentation du processus de mise en oeuvre du modèle du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN). 2018, ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) et Agence japonaise de coopération internationale (JICA): Sénégal.
19. Donabedian, A., The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 1988. 260(12): p. 1743-1748.
20. Champagne, F. Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen H., Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé) résumé du rapport technique. 2005: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé: Université de Montréal.
21. Yin, R., Case Study Research : Design and Methods Fourth Edition. 2009, Californie: Sage Publications, Inc.
22. Paillé, P. and A. Mucchielli, Chapitre 11 - L'analyse thématique, in *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2012, Armand Colin: Paris. p. 231-314.
23. Samb, O.M., L. Belaid, and V. Ridde, Burkina Faso: la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 2013(35): p. 34-43.

24. Miller, S., et al., Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 2016. 388(10056): p. 2176-2192.
25. Srivastava, A., et al., Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 2015. 15(1): p. 97.
26. Bohren, M.A., et al., Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2017. 139: p. 4-16.
27. Faye, A., M. Niane, and I. Ba, Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: contributory factors in a developing country. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2011. 90(11): p. 1239-1243.
28. Amnesty International, Donner la mort, risquer la vie. La mortalité maternelle au Burkina Faso. 2009: Londres.
29. Kabakian-Khasholian, T., A. El-Nemer, and H. Bashour, Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2015. 129(3): p. 223-226.
30. Bohren, M.A., et al., The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 2015. 12(6).
31. Zileni, B.D., et al., Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 2017. 30(1): p. e1-e8.
32. Musie, M.R., M.D. Peu, and V. Bhana-Pema, Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2019. 11: p. 1-8.
33. De Jonge, A. and A.L. Lagro-Janssen, Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 2004. 25(1): p. 47-55.
34. Larkin, P., C.M. Begley, and D. Devane, Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 2009. 25(2): p. e49-e59.

CHAPITRE 5: DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce mémoire avait pour objectifs d'analyser l'acceptabilité sociale de l'intervention de l'accouchement humanisé au Sénégal et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes lors de l'accouchement. Les résultats de cette recherche ayant déjà fait l'objet de discussions dans les articles présentés en résultats, cette discussion générale sera donc synthétisée. Elle abordera donc les principaux résultats, la contribution empirique, les implications pratiques ainsi que les forces et les limites de la recherche.

6.1. Résumé des principaux résultats de l'étude

Concernant le premier objectif, l'analyse de l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal a montré que les composantes de l'intervention implantées étaient globalement acceptées. Toutefois, l'analyse de ses diverses composantes a soulevé des opinions partagées au sein des participants. Alors que les dimensions « personnel de santé motivé, attentif et prévenant », « dignité retrouvée pour la parturiente », « liberté de boire et manger » ainsi que « massage et relaxation » ont été acceptés par tous les participants, il en était autrement du « choix libre de la position à l'accouchement » et de « l'accompagnement par un proche ». Concernant le choix libre de la position à l'accouchement, la plupart des femmes rencontrées ont exprimé une perception négative de cette composante principalement eu égard le risque associé aux positions alternatives à celle allongée sur le dos ainsi que par manque d'habitude. En ce qui a trait à l'autre composante essentielle à savoir l'autorisation d'être accompagné par un proche pendant le travail et l'accouchement, elle était le plus souvent souhaitée par les femmes, mais difficile à la mettre en œuvre en raison de la persistance de certaines barrières structurelles (ex. attitude négative des professionnels de la santé) et culturelles (ex. attentes sexospécifiques liées à la santé maternelle). En effet, si la plupart des femmes ont exprimé la volonté d'être accompagnée par leur conjoint, les normes sociales et culturelles, faisant de la grossesse et de l'accouchement une affaire exclusive aux femmes au Sénégal, ont constitué pour plusieurs un obstacle à son application.

Pour ce qui est du deuxième objectif, l'analyse de l'expérience des femmes relative à la mise en œuvre des composantes de l'accouchement humanisé et à ses effets a montré que de manière générale, l'intervention a été perçue comme pouvant améliorer l'expérience de soins des femmes. L'amélioration de l'interaction entre les professionnels de la santé et les femmes ainsi que l'accompagnement par un proche ont été les éléments particulièrement appréciés par les femmes. D'ailleurs, la majorité des femmes rencontrées se sont dit satisfaites de leur expérience d'accouchement précisément pour ce changement observé en termes de modalités d'accueil et de fourniture de soins à la structure de santé. Un autre élément valorisé par les femmes a été le soutien émotionnel offert par un proche. Il a été associé à des effets positifs pour les femmes soit une plus grande confiance en leurs capacités à passer à travers le processus de l'accouchement.

Pour que les femmes puissent vivre leur accouchement comme un évènement heureux, l'intervention avait prévu un certain nombre de composantes. Or, à cause d'une mise en œuvre partielle, les composantes du « partage du concept avec les communautés », de « l'amélioration du milieu de travail » et des « pratiques des soins basés sur les données probantes » n'ont pu être implantées comme prévu. Ces problèmes identifiés quant à l'infrastructure et aux matériels de travail inadaptés, à un nombre insuffisant de personnels qualifiés à l'accouchement humanisé ainsi que la méconnaissance et l'incompréhension de l'intervention chez les participants ont contribué à limiter l'efficacité de l'intervention. Par exemple, le manque de préparation à l'accouchement humanisé a occasionné certains refus de la part des femmes d'adhérer aux composantes de l'intervention. Certaines ont ainsi préféré opter pour la position gynécologique parce qu'elles n'étaient non plus préparées à adopter les autres positions. Également, d'autres ont refusé l'accompagnement par un proche puisqu'elles n'étaient pas accompagnées d'une personne avec qui elles se sentaient à l'aise de vivre leur accouchement.

6.2. Contribution empirique

La contribution principale de cette recherche est qu'elle analyse pour la première fois l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal et ses effets perçus sur

l'expérience de soins des femmes. Elle produit ainsi un nouveau corpus de données sur un sujet encore peu étudié en Afrique subsaharienne.

Par ailleurs, le fait que les résultats de la recherche ont montré des points de vue contrastés quant à l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé et son alignement avec les valeurs sociales des populations du Sénégal doit inciter à réfléchir sur la façon dont les interventions en santé mondiale sont pensées et imposées dans les pays en développement.

En effet, la santé mondiale se définit comme: « un champ d'étude, de recherche et de pratique qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé et de l'équité en santé pour tous les peuples du monde » (Koplan et al., 2009, p. 1995, traduction libre). Or, si les valeurs de justice sociale et d'équité en santé sont au cœur de ces principes (Koplan et al., 2009), on constate dans sa pratique des modes opératoires inégaux qui s'observent dans son rapport au pouvoir, aux ressources et aux savoirs (Boum et al., 2018; Gautier et al., 2018). Les écrits dénonçant ces modes opératoires inégaux dans les partenariats entre les acteurs du Nord (pays à haut revenu) et ceux du sud (pays à revenu faible et intermédiaire) sont nombreux. On y reproche notamment le financement provenant majoritairement des organismes et institutions du Nord qui influencent la recherche, mais aussi l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques en santé mondiale (Hunt et Godard, 2013). Ces relations asymétriques dans le champ de la recherche et de la pratique en santé mondiale prennent racine sur d'anciennes relations liées à l'histoire coloniale (Ndlovu-Gatsheni, 2012; Ridde et Capelle, 2011). Pour reprendre les mots de Saha et ses collaborateurs, « *la santé mondiale ne serait en réalité que la nouvelle itération de ce qui fut autrefois la santé internationale, la médecine tropicale et la médecine coloniale* » (Saha, Kavattur et Goheer, 2019, paragr. 2, traduction libre).

Or, selon de nombreux experts, c'est parce que les politiques publiques et les interventions en santé mondiale sont pensées depuis l'extérieur, puis exportées dans un PRFI sans grandes considérations pour le contexte (Olivier de Sardan, Diarra et Moha, 2017) qu'elles ont du mal à entrer en adéquation avec les préférences des populations. Comme en témoigne l'exemple de l'accouchement humanisé au Sénégal qui, malgré le fait que l'ensemble de ses

composantes soient des pratiques basées sur les données probantes et recommandées par l'OMS, n'est pas aligné avec le contexte social et culturel de sa population.

Toutefois, en dépit des nombreux exemples qui ont montré que ces interventions standardisées produisent des effets inattendus et des résultats mitigés (Belaid et Ridde, 2014; Olivier de Sardan et al., 2017; Olivier de Sardan et Ridde, 2012), ces « modèles voyageurs » tels que nommé par Behrends, Park et Rottenburg (2014) demeurent une pratique couramment observée et persistante en santé mondiale.

La réplication d'un « modèle voyageur » d'un pays à l'autre conduit souvent à un échec de l'implantation (Olivier de Sardan et al., 2017; Mumtaz, Levay, Bhatti et Salway, 2015). Même lorsque la mise en œuvre est respectée, des facteurs contextuels et humains peuvent expliquer les variations observées dans les résultats entre les différents milieux au sein desquels l'intervention est implantée (Belaid et Ridde, 2014).

Pour mettre un terme à cette situation, un nombre grandissant de chercheurs, académiciens, activistes et professionnels de la santé suggèrent de s'engager dans une démarche pour « *décolonialiser* » la santé mondiale (Abimbola, 2019; Affun-Adegbulu et Adegbulu, 2020; Gautier, Karambé, Dossou et Samb, 2020). Le concept de la « *colonialité* », qui est à la base de ce mouvement, a été introduit au milieu des années 1990 par un groupe de chercheurs latino-américains dans le cadre du projet Modernité/Colonialité. Selon le sociologue péruvien Ramón Grosfoguel, la colonialité fait référence à « la continuité des formes de domination et d'exploitation après la disparition des administrations coloniales produites par les structures et les cultures hégémoniques du système-monde capitaliste / patriarcal moderne / coloniale. » (Grosfoguel, 2006, p. 61). C'est à travers la lutte pour le contrôle de l'économie, de l'autorité, de la sphère publique ainsi que de la connaissance et de la subjectivité que la matrice de la puissance coloniale continue de s'opérer de nos jours (Tlostanova et Mignolo, 2009). Elle désigne un système qui se déploie à la fois sur les plans politique (colonialité du pouvoir), épistémique (colonialité du savoir) et ontologique (colonialité de l'être) (Bonvalot, 2020).

Pour ces auteurs, il est possible en se basant sur la pensée critique « *décoloniale* », d'envisager une nouvelle santé mondiale qui reflèterait davantage les valeurs de justice et d'équité. Pour y parvenir, il faudra cependant que les acteurs (bailleurs de fonds, chercheurs, gestionnaires de projet, décideurs politiques, etc..) reconnaissent qu'il existe au sein de celle-ci des modes opératoires inégaux liés à la différence coloniale et s'engagent dans un processus de transformation (Affun-Adegbulu et Adegbulu, 2020). Renverser ces structures asymétriques pourrait commencer par une distribution plus équitable du pouvoir, des savoirs et des ressources. Une première étape serait par exemple de reconnaître qu'il existe de « multi rationalités » et que les agissements des acteurs sociaux empruntent de multiples répertoires normatifs (coutume, religion, norme, etc..) pour justifier leurs actions (Coulibaly, 2017). En cela, les communautés ciblées par les initiatives devraient être impliquées dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en santé afin que leurs perceptions et leurs expériences soient reconnues et que les solutions envisagées soient acceptées et appropriées au contexte (Adams, Burke et Whitmarsh, 2014; Pinto et Upshur, 2009). Pour une distribution des ressources plus équitables, les organismes subventionnaires pourraient non seulement alléger les demandes et les mécanismes de financement pour les acteurs provenant des PRFI, mais aussi ouvrir leur financement à des initiatives novatrices fondées sur des contextes locaux (Olivier de Sardan et al., 2017). Finalement, l'identification au préalable des facteurs contextuels et humains (organisation des soins, disponibilité en ressources humaines et matérielles, caractéristiques socioéconomiques des populations, normes sociales dominantes, relation de pouvoir en jeu, etc.) permettrait d'anticiper les barrières à la mise en œuvre des interventions (Gautier et al., 2020) qui sont souvent responsables de la persistance des inégalités en santé (Craig et al., 2008).

6.3. Implication pratique

La discussion sur les possibles implications pratiques des résultats de l'étude porte sur deux niveaux : la mise en œuvre de l'accouchement humanisé au Sénégal et l'amélioration de la pratique des professionnels de la santé.

Implications pour la mise en œuvre de l'intervention

Les résultats obtenus dans cette recherche mettent en évidence le besoin de considérer les facteurs contextuels et humains lors de la mise en œuvre des interventions visant à améliorer la qualité des soins pour que les femmes puissent vivre un accouchement humanisé. De façon générale, mais particulièrement dans les pays à ressources limitées, la prise en compte de ces facteurs est capitale puisqu'elle peut conduire au succès ou à l'échec des interventions en santé (Hassenteufel, 2008; Durlak et DuPre, 2008).

Dans le cas de l'accouchement humanisé au Sénégal, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention ont pu expliquer les résultats mitigés quant à l'acceptabilité sociale de l'intervention et ses effets limités. Une des composantes du projet consiste à avoir un « personnel de santé motivé, attentif et prévenant ». Or, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et le matériel de travail inadapté ont rendu difficiles les conditions de travail des professionnels de la santé. Un autre élément problématique était celui de la formation des professionnels de la santé sur le modèle de l'accouchement humanisé. En effet, le nombre insuffisant de formations offertes au niveau du district sanitaire et le roulement important du personnel dans les maternités visitées ont eu pour effet que plusieurs professionnels de la santé ne possédaient pas les connaissances et les compétences pour accompagner les femmes qui optent pour l'accouchement humanisé.

Ces difficultés liées à la mise en œuvre de l'intervention peuvent avoir un impact sur la relation interpersonnelle ainsi que constituer une barrière au soutien offert par les professionnels de la santé et à la valorisation du processus physiologique de l'accouchement. Par conséquent, il est nécessaire de revoir ces difficultés pour que les femmes puissent réellement bénéficier de l'accouchement humanisé tel qu'il a été conçu. Un aspect non évalué dans cette étude, mais qui peut corriger la problématique de la formation des professionnels de la santé à long terme est l'initiative d'intégrer les composantes du modèle de l'accouchement humanisé dans le curriculum de la formation des médecins, des infirmières et des sages-femmes au Sénégal. Les nouveaux diplômés posséderont ainsi les connaissances pour sensibiliser les femmes et leur famille à cette nouvelle pratique et seront en mesure d'accompagner les femmes qui vont faire le choix de vivre un accouchement

humanisé. Cependant, pour les professionnels déjà en poste, il est important de leur offrir des formations continues pour s'assurer qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises pour l'accouchement humanisé.

Implications pour l'amélioration de la pratique des professionnels de la santé

Les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance de la communication dans la relation qu'entretiennent les professionnels de la santé avec les femmes qui accouchent. Cette communication englobe à la fois l'attitude et les comportements des soignants ainsi que le consentement éclairé et la participation des femmes dans les décisions relatives à leur soin de santé. Les femmes affectionnent le fait d'être bien accueillie lorsqu'elles arrivent à la structure de santé et l'attitude respectueuse des professionnels de la santé. Ces éléments procurent un sentiment de réconfort et leur permettent de se sentir en sécurité quant aux soins qu'elles vont recevoir pendant leur expérience d'accouchement (Milentburg, Lambermon, Hamelink et Meguid, 2016; Afaya et al., 2017). Dans cette étude, les femmes ayant fait l'expérience d'une bonne communication étaient satisfaites des soins reçus. Nos résultats appuient le besoin de renforcer les compétences des professionnels de la santé dans le domaine de la communication interpersonnelle.

En outre, pour que les femmes enceintes puissent prendre des décisions éclairées au moment de l'accouchement, il est important qu'elles soient informées à l'avance des possibilités offertes à la structure de santé. Par exemple, savoir qu'elles pourront être accompagnées par un proche à l'accouchement leur permettront d'être en mesure d'identifier une personne en qui elles auront confiance pour vivre cette expérience. Cela pourra possiblement augmenter les chances que le moment venu, elles soient accompagnées par cette personne. Si le choix de la femme est d'être accompagnée par son conjoint, il serait important que ce dernier soit inclus dans la préparation à l'accouchement pour lui permettre d'en apprendre davantage sur le processus physiologique de l'accouchement, le rôle à adopter en tant qu'accompagnateur et les bienfaits physiques et psychologiques de sa présence pour la femme. Il sera ainsi mieux préparé pour le jour de l'accouchement.

6.4. Forces et limites de l'étude

Une des forces principales de cette étude est qu'elle constitue, à l'heure actuelle, l'une des rares qui s'est intéressée aux interventions mises en place en Afrique subsaharienne pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles par des accouchements humanisés et respectueux. Elle est aussi la première à étudier l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes.

Dans chacune des étapes du processus de la recherche, de multiples stratégies ont été utilisées afin de garantir sa rigueur scientifique, comme l'utilisation de cadres conceptuels robustes, le choix de l'étude de cas multiples (Yin, 2009), la multiplicité des sources et des méthodes (Pandey et Patnaik, 2014), la présence de l'étudiante chercheuse sur le terrain pour une période de quatre mois (Merriam, 1995) et la tenue d'une séance de restitution des résultats (Lincoln et Guba, 1985).

Toutefois, nous reconnaissons qu'il puisse subsister quelques limites comme le biais d'interprétation qui pourrait avoir eu lieu lors de la conduite des entrevues individuelles et la transcription des données. Pour en minimiser son impact, une interprète connaissant très bien le contexte et la langue locale était présente avec nous durant le processus de la recherche. Une procédure de vérification de la signification et de l'interprétation des données avec cette dernière ainsi qu'avec les membres de la communauté à travers des séances de restitution nous a permis de vérifier que nous avons bien saisi le sens des propos obtenus lors des entrevues (Poupart, 1997).

Dans toute étude s'intéressant à une intervention gouvernementale rendue possible grâce au concours financier d'une ONG, il est possible que la qualité des données recueillies soit limitée par le biais de désirabilité sociale. Pour tenter de contrôler ce biais, nous avons pris soin de réitérer tout au long de la collecte des données notre indépendance par rapport aux organismes subventionnaires et à l'intervention de l'Accouchement humanisé (Poupart, 1997). En outre, des efforts ont été faits afin de créer une ambiance où les participants se sentent en confiance avec l'étudiante-chercheuse en les rassurant sur la confidentialité des propos tenus lors des entrevues et des discussions informelles.

Enfin, il est possible que les observations directes dans les structures de santé aient pu introduire un biais de présence. Pour réduire ce biais, une première stratégie utilisée par l'étudiante-chercheuse a été de rester longtemps sur le terrain, soit une période de quatre mois, afin de réduire les perturbations que sa présence sur le terrain peut occasionner et rendre sa présence plus anodine (Olivier de Sardan, 2008). Une seconde stratégie a été de participer à des activités de socialisation afin de lui faciliter l'intégration dans le milieu et de clarifier ses intentions auprès des acteurs rencontrés.

6.4.1. Réflexivité

Étant de nationalité canadienne, l'étudiante-chercheuse a aussi été confrontée lors de la collecte et de l'analyse des données à des défis linguistiques et culturels qui peuvent constituer des limites sur le plan méthodologique de la recherche. Bien que la langue officielle au Sénégal soit le français, il s'y retrouve un nombre important de dialectes locaux. Pour diversifier nos acteurs et inclure aussi dans notre échantillon des participants qui n'ont pas forcément un niveau élevé de scolarisation, nous avons fait appel à une interprète locale qui maîtrise parfaitement le français et le wolof qui est la langue parlée dominante dans la capitale.

Si le recours à une interprète était essentiel dans ce contexte de recherche multilingue, il est toutefois reconnu que l'interprétariat peut introduire des biais qui sont liés aux comportements ou à la subjectivité de l'interprète (Beasley, 2006; Suzuki, Ahluwalia, Mattis, & Quizon, 2005). Dans le cas de notre étude, nous avons noté lors des premières entrevues une tendance chez notre interprète à résumer les propos des participantes, à reformuler les questions du guide d'entrevue en fournissant des exemples de réponse ainsi qu'à exprimer son opinion devant les participantes. En fin de journée, des rencontres étaient faites afin de discuter de ces comportements non souhaitables, ce qui a permis de remédier à la situation. Malgré ces problèmes rencontrés, nous croyons que l'utilisation d'une interprète a été bénéfique sur plusieurs points. En l'impliquant dans la conception du guide d'entrevue, de la conduite des entrevues et de l'analyse des données, elle nous a permis d'approfondir notre connaissance du contexte et de valider le sens et l'interprétation des données recueillies.

(Vachon, 2012). Ce travail de partenariat a également facilité le dialogue lorsque des sujets plus sensibles comme les comportements à modifier pendant les entretiens devaient être abordés. En outre, la connaissance du contexte a grandement facilité l'établissement d'un environnement propice pour mettre les participantes à l'aise et en confiance pour l'entrevue (Borchgrevink, 2003).

Au moment de la transcription de ces entrevues, nous avons retrouvé à nouveau cette barrière linguistique qui nous obligeait de faire appel à une traductrice locale. Nous avons choisi une traductrice professionnelle qui a travaillé sur plusieurs projets de recherche nationaux comme internationaux. Puisque la majorité des recherches au Sénégal utilise un devis quantitatif, nous avons cependant dû initier notre traductrice au processus d'analyse des données qualitatives, ce qui a occasionné certains défis sur le plan technique. Lors de la validation des premières entrevues par exemple, nous avons constaté que les propos des participantes étaient souvent résumés et filtrés de sorte à garder uniquement les informations qui répondaient à la question posée. Nous avons donc demandé à la traductrice de reprendre les cinq premières entrevues. Cette validation a été réalisée par une personne indépendante qui est parfaitement bilingue et qui connaît bien le contexte local. Une autre difficulté rencontrée consiste au fait que certains mots ou expressions en wolof n'ont pas leur équivalence en français. Pour contrer cette difficulté, nous avons donc essayé d'en faire une traduction contextuelle (Twinn, 1997). Finalement, pour nous assurer que les thèmes analysés soient fidèles à l'expérience vécue par les femmes, nous avons travaillé de pair avec l'interprète et la personne ayant validé la traduction afin de capturer le sens et le contexte des discours des participantes (Squires, 2009).

Outre la question de la langue, il existe également des défis reliés aux différences culturelles qui peuvent avoir influencé les échanges ou l'interprétation des données. Avant de procéder à la collecte de données pour ce mémoire, l'étudiante-chercheuse a participé à un stage de trois semaines dans les maternités du Sénégal ainsi qu'à un projet de recherche dans lequel elle a conduit des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de professionnels de la santé. Ces expériences ont été l'occasion pour elle d'être initiée au contexte sanitaire de ce pays et de s'imprégner des principales cultures locales. En ce qui a trait à cette étude, nous avons

fait le choix d'opter pour une présence prolongée de quatre mois pour l'enquête terrain. En plus de pouvoir approfondir sa connaissance du contexte, cela lui a permis de prendre le temps de bien négocier l'accès à son terrain d'étude et de se familiariser avec les participants (Lussier & Lavoie, 2012; Merriam, 1995). Au cours de la collecte et de l'analyse des données, toutes les pensées, les réflexions et les questionnements de l'étudiante ont été consignés à l'intérieur d'un journal de bord. Ce travail réflexif lui a permis de prendre conscience des filtres culturels et sociaux par lesquels elles construisaient le sens de ces observations afin d'y en faire abstraction lors de l'analyse des données. Finalement, l'implication de l'interprète et de la personne ayant validé la traduction dans le processus de l'analyse des données nous a permis de croiser les interprétations pour en corroborer le sens.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'analyser l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé au Sénégal et ses effets perçus sur l'expérience de soins des femmes. Les résultats de la recherche montrent que la majorité des participants sont en accord avec le principe de l'intervention, mais des points de vue nuancés sont observés quant à l'acceptabilité de ses différentes composantes. Si la plupart des femmes ayant bénéficié de l'intervention ont apprécié leur expérience principalement pour l'accueil adéquat, l'attitude respectueuse des professionnels de la santé et l'accompagnement par un proche, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention en ont limité ses effets.

À la fin de cette étude, le gouvernement du Sénégal en collaboration avec l'agence japonaise de coopération internationale a décidé de suivre la tendance en Afrique d'opter pour des interventions basées sur des soins de maternité respectueux. Malgré ce changement, nous pensons que les résultats de cette étude et les réflexions qui en découlent pourront servir aux différents acteurs impliqués dans sa mise en œuvre afin que l'intervention réponde davantage aux valeurs, aux normes ainsi qu'aux défis organisationnels et structurels du système de santé du Sénégal.

En termes de perspective de recherche, il serait pertinent de comparer l'acceptabilité sociale de l'intervention dans d'autres contextes que celui des structures de santé du district sanitaire Dakar Centre, tels que dans les cliniques privées ou en milieu rural. Comme la majorité des femmes de notre étude ont manifesté le souhait d'être accompagnées par leur conjoint au moment de l'accouchement, mieux comprendre la perception des hommes et des professionnels de la santé quant à cette possibilité pourrait permettre d'identifier les facteurs à mettre en place pour encourager cette pratique.

L'accouchement humanisé est une intervention qui vise à améliorer la qualité des soins obstétricaux par une expérience d'accouchement positive. Notre étude s'est intéressée aux éléments liés à l'expérience de soins des femmes, mais elle n'a pas pris en compte le volet de la compétence clinique qui peut également avoir un impact sur la qualité des soins. De ce

fait, il pourrait être intéressant d'analyser l'efficacité de cette intervention qui comportait des modules de formation sur la compétence clinique des professionnels de la santé.

RÉFÉRENCES

- Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: authorship in academic global health. *Bmj Global Health*, 4(5), 002068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>
- Abdollahpour, S., Miri, H. H., & Khadivzadeh, T. (2019). The global prevalence of maternal near miss: a systematic review and meta-analysis. *Health promotion perspectives*, 9(4), 255.
- Abuya, T., Ndwiga, C., Ritter, J., Kanya, L., Bellows, B., Binkin, N., et Warren, C. E. (2015). The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in kenya. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0645-6>
- Adams, V., Burke, N. J., et Whitmarsh, I. (2014). Slow research: thoughts for a movement in global health. *Medical Anthropology*, 33(3), 179-197. <https://doi.org/10.1080/01459740.2013.858335>
- Adegoke, A., Utz, B., Msuya, S. E., et van den Broek, N. (2012). Skilled birth attendants: who is who? a descriptive study of definitions and roles from nine sub saharan african countries. *Plos One*, 7(7), 40220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040220>
- Adegoke, A. A., Atiyaye, F. B., Abubakar, A. S., Auta, A., et Aboda, A. (2015). Job satisfaction and retention of midwives in rural nigeria. *Midwifery*, 31(10), 946–956. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.010>
- Afaya, A., Yakong, V. N., Afaya, R. A., Salia, S. M., Adatara, P., Kuug, A. K., & Nyande, F. K. (2017). A qualitative study on Women's experiences of Intrapartum nursing Care at Tamale Teaching Hospital (TTH), Ghana. *Journal of caring sciences*, 6(4), 303.
- Affun-Adegbulu, C., & Adegbulu, O. (2020). Decolonising global (public) health: from western universalism to global pluriversalities. *Bmj Global Health*, 5(8). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002947>
- Afulani, P. A., Kelly, A. M., Buback, L., Asunka, J., Kirumbi, L., & Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of disrespect and abuse during childbirth: a mixed-methods study in kenya. *Health Policy and Planning*, 35(5), 577–586. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa009>
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., . . . Mathers, C. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)

- Ameh, C. A., et van den Broek, N. (2015). Making it happen: training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(8), 1077-1091. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.019>
- ANSD [Sénégal] et ICF. (2012). *Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013*. Calverton, Maryland, USA: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF. Repéré à <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr288/fr288.pdf>
- ANSD [Sénégal], & ICF. (2017). *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2017). Rapports sur les indicateurs clés*. Sénégal: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], ICF. Repéré à <http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport%20Final%20EDS%202017.pdf>
- ANSD [Sénégal] et ICF. (2020). *Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) 2019. Rapport des indicateurs clés*. Rockville, Maryland, USA: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF. Repéré à <https://www.ansd.sn/ressources/publications/SPA33.pdf>
- Arborio, A. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 3(3), 26-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>
- Asefa, A., Morgan, A., Bohren, M.A. et al. Lessons learned through respectful maternity care training and its implementation in Ethiopia: an interventional mixed methods study. *Reprod Health* 17, 103 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00953-4>
- Ayalew, F., Kibwana, S., Shawula, S., Misganaw, E., Abosse, Z., van Roosmalen, J., . . . Mariam, D. W. (2019). Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0373-8>
- Ayanian, J. Z, et Markel, H. (2016). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *The New England journal of medicine*, 375(3), 205. <https://doi.org/10.1056/NEJMp160510>
- Ba, A. (2019). *Accouchement humanisé: étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes dans le District Sanitaire de Kolda*. (Thèse de doctorat). Université de Cheikh Anta Diop.
- Bailey, P., Lobis, S., Maine, D. et Fortney, J. A. (2009). *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. World Health Organization.

- Banks KP, Karim AM, Ratcliffe HL, Betemariam W, Langer A. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy Plan*. 2018 Apr 1;33(3):317-327. doi: 10.1093/heapol/czx180. PMID: 29309598; PMCID: PMC5886294.
- Beasley, A. N. (2006). Kuru truths: obtaining Fore narratives. *Field Methods*, 18(1), 21-42. <https://doi.org/10.1177/1525822X05280177>
- Behrends, A., Park, S.-J. et Rottenburg, R. (2014). Travelling models: Introducing an analytical concept to globalisation studies. Dans A. Behrends, S.-J.. Park et R. Rottendurg (dir.), *Travelling models in african conflict management : translating technologies of social ordering* [e-book] (pp. 1-40). Leiden: Brill. Repéré à https://web-a-ebSCOhost-com.proxy.cegepat.qc.ca/ehost/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzc4MTkzN19fQU41?sid=c33f4e71-4ae6-4565-8126-06b82a40eb6b@sessionmgr4006&vid=0&format=EB&lpid=lp_iv&rid=0
- Belaïd, L. et Ridde, V. (2014). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*, 30(3), 309-321. <https://doi:10.1093/heapol/czu012>
- Belaïd, L., Bodson, O., Ridde, V., Samb, O., & Turcotte-Tremblay, A. M. (2016). Innovations qualitatives dans l'évaluation des interventions en santé. *Les recherches qualitatives en santé*, 260-276.
- Belizan, M., Meier, A., Althabe, F., Codazzi, A., Colomar, M., Buekens, P., . . . Campbell, M. K. (2007). Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Education Research*, 22(6), 839-853. <https://doi:10.1093/her/cym012>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M. et Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Björkman, M. et Svensson, J. (2009). Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2), 735-769. <https://doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.735>
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P. et Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 71. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., . . . Tunçalp, Ö. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally:

- a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., . . . Hindin, M. J. (2016). “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health*, 2, 640-655. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.07.003>
- Bonenberger, M., Aikins, M., Akweongo, P. et Wyss, K. (2014). The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 12(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-43>
- Bonvalot, A.-L. (2020). Lumière sur le mouvement décolonial latino-américain. *Revue du crieur*. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02958653>
- Borchgrevink, A. (2003). Silencing language: Of anthropologists and interpreters. *Ethnography*, 4(1), 95-121. <https://doi.org/10.1177/1466138103004001005>
- Boum II, Y., Burns, B. F., Siedner, M., Mburu, Y., Bukusi, E. et Haberer, J. E. (2018). Advancing equitable global health research partnerships in Africa. *BMJ global health*, 3(4). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000868>
- Bowser, D. et Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. *Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health*. Repéré à https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
- Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J. et Parmar, D. (2016). Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Social Science & Medicine*, 169, 157-170. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.039>
- Brown, H., Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Smith, H. et Garner, P. (2007). Promoting childbirth companions in South Africa: a randomised pilot study. *BMC medicine*, 5(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-5-7>
- Burrowes, S., Holcombe, S. J., Jara, D., Carter, D. et Smith, K. (2017). Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1442-1>
- Campbell, O. et Graham, W. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*, 368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1)

- Campbell, S. M., Roland, M. O. et Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Careau, E. et Vallée, C. (2014). Recherche qualitative et scientificité. Dans S. Tétreault et P. Guillez (dir), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 489-507). Belgique : De Boek Supérieur.
- Carvalho, I., Chacham, A. et Viana, P. (1998). Traditional birth attendants and their practices in the State of Pernambuco rural area, Brazil, 1996. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63, S53-S60. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)00184-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00184-2)
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé) résumé du rapport technique*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé: Université de Montréal. Repéré à <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n05-02.pdf>
- Chervenak, F. A., McCullough, L. B., Grünebaum, A., Arabin, B., Levene, M. I. et Brent, R. L. (2013). Planned home birth in the United States and professionalism: a critical assessment. *J Clin Ethics*, 24(3), 184-191. Repéré à https://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=robert_brent
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S. et Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2018) *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. EPTC2. Ottawa : Gouvernement du Canada
- Coulibaly, A. (2017). Multi rationalités et pratiques d'acteurs dans le domaine de la planification familiale au Mali. *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 223-240. <https://doi.org/10.7202/1042322ar>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. et Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Curtin, M., Savage, E. et Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in Pregnancy and Childbirth: A Concept Analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 1744–1757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>

- D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111, 201-202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- d'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G. et Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- de Pinho, H. (2013). On the “Rights” Track: The Importance of a Rights-Based Approach to Reducing Maternal Deaths. Dans M. A. Grodin, D. Tarantola, G. J. Annas et S. Gruskin (dir), *Health and Human Rights in a Changing World*, (p. 434-440). New York and London: Routledge.
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F. et Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206. <https://doi.org/10.2307/3348969>
- Donabedian, A. (1978). The Quality of Medical Care. *Science*, 200(4344), 856-864. doi: 10.1126/science.417400
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
- Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M. et Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Downe, S., Lawrie, T.A., Finlayson, K. et Oladapo, O. T. (2018). Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive Health*, 15 (1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>

- Dubale, B. W., Friedman, L. E., Chemali, Z., Denninger, J. W., Mehta, D. H., Alem, A., . . . Gelaye, B. (2019). Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 19(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7566-7>
- Erasmus, E. et Gilson, L. (2008). How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy and Planning*, 23(5), 361-368. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn021>
- Faye, A., Faye, M., Bâ, I. O., Ndiaye, P. et Tal-Dia, A. (2010). Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(5), 323-329. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.05.004>
- Faye, A. (2018). *Satisfaction au travail des sages femmes et qualité des soins obstétricaux : une étude au Sénégal* [Thèse de doctorat]. Université de Montréal. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22581/Faye_Adama_2018_These.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Ferrer, M. B. C., Jordana, M. C., Meseguer, C. B., García, C. C. et Roche, M. E. M. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6(8), e011362. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>
- Filby, A., McConville, F. et Portela, A. (2016). What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective. *PloS one*, 11(5), e0153391-e0153391. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>
- Foley, R. A. (2016). L'observation. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (117-133) Malakoff : © Armand Colin.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives 2e édition. Montréal: Chenelière éducation.
- Freedman, L. P. (2001). Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(1), 51-60. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00473-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00473-8)
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwigwa, C., Warren, C. E., . . . Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 915-917. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>

- Fujita, N., Perrin, X. R., Vodounon, J. A., Gozo, M. K., Matsumoto, Y., Uchida, S. et Sugiura, Y. (2012). Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. *Midwifery*, 28(4), 481-488. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.003>
- Ganle, J. K., Parker, M., Fitzpatrick, R. et Otupiri, E. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 425. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0425-8>
- Gautier, L., Karambé, Y., Dossou, J.-P. et Samb, O. M. (2020). Rethinking development interventions through the lens of decoloniality in sub-Saharan Africa: The case of global health. *Global Public Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1858134>
- Gautier, L., Sieleunou, I. et Kalolo, A. (2018). Deconstructing the notion of "global health research partnerships" across Northern and African contexts. *BMC medical ethics*, 19-suppl1(49), 13-209. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0280-7>
- Gebremichael, M. W., Worku, A., Medhanyie, A. A., & Berhane, Y. (2018). Mothers' experience of disrespect and abuse during maternity care in northern Ethiopia. *Global health action*, 11(1), 1465215
- Geleto, A., Chojenta, C., Musa, A. et Loxton, D. (2018). Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature. *Systematic Reviews*, 7(183), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0842-2>
- Geleto, A., Chojenta, C., Taddele, T., & Loxton, D. (2020). Perceptions of midwives on the quality of emergency obstetric care at hospitals in Ethiopia: A qualitative explanatory study. *Midwifery*, 90, 102814. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102814>
- Gendron, C. (2014). Penser l'acceptabilité sociale: au-delà de l'intérêt, les valeurs. *Communiquer*, 11, 117-129. <https://doi.org/10.4000/communiquer.584>
- George, A. S., Branchini, C. et Portela, A. (2015). Do Interventions that Promote Awareness of Rights Increase Use of Maternity Care Services? A Systematic Review. *PloS one*, 10(10), e0138116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138116>
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero24/24gohier.pdf
- Graham, W. J., Bell, J. S. et Bullough, C. H. (2001). Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Safe motherhood strategies: a review of*

- the evidence*, 17. Repéré à <http://193.190.239.98/bitstream/handle/10390/2655/2001shsop0097.pdf?sequence=2>
- Grilo Diniz, C. S., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M. et Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive health matters*, 26(53), 19-35. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>
- Grosfoguel, R. (2006). Les implications des altérités épistémiques dans la redéfinition du capitalisme global. *Multitudes*(3), 51-74. <https://doi.org/10.3917/mult.026.0051>
- Groupe de la Banque mondiale. (2019). Sénégal - Vue d'ensemble. Repéré à <https://www.banquemonddiale.org/fr/country/senegal/overview>
- Haddad, S., Roberge, D. et Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. *Ruptures : Revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Daniele-Roberge/publication/242520790_Comprendre_la_qualite_En_reconnaitre_la_complexite/links/00b7d538395e3c46a5000000/Comprendre-la-qualite-En-reconnaitre-la-complexite.pdf
- Hagopian, A., Zuyderduin, A., Kyobutungi, N. et Yumkella, F. (2009). Job Satisfaction And Morale In The Ugandan Health Workforce: The Ministry of Health must focus on ways to keep health care workers from leaving their jobs—or leaving the country altogether. *Health affairs*, 28(Suppl1), w863-w875. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.w863>
- Hameed, W., & Avan, B. I. (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home-and facility-based births in Pakistan. *PloS one*, 13(3), e0194601.
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., Willan, A. R. et Term Breech Trial Collaborative. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet*, 356(9239), 1375-1383. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3)
- Hasegawa, T. et Karandagoda, W. (2013). *Changement de management pour l'hôpital À travers le progression par étapes Approche, 5S-KAIZEN-TQM*. Japon : Agence japonaise de coopération internationale
- Health Services Research Group (1992). Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? *Canadian Medical Association Journal*, 146(12), 2153-2158. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492299/pdf/cmaj00301-0043.pdf>
- Hofmeyr, G.J., Mancotywa, T., Silwana-Kwadjo, N. *et al.* Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite

- midwife-led birth unit (OMBU). *BMC Pregnancy Childbirth* **14**, 417 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0417-8>
- Hunt, M. R. et Godard, B. (2013). Beyond procedural ethics: foregrounding questions of justice in global health research ethics training for students. *Global Public Health*, 8(6), 713-724. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.796400>
- Hunt, P., Bustreo, F., Gruskin, S., Eide, A., McGoey, L., Rao, S., . . . Yamin, A. E. (2013). *Women's and children's health: Evidence of impact of human rights*. Genève: World Health Organization. Repéré à http://repository.essex.ac.uk/7425/1/9789241505420_eng.pdf
- Central Statistical Agency [Ethiopia] and ICF International. (2012) *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011*. Addis Ababa, Ethiopia and Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Agency and ICF International. Repéré à <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR255/FR255.pdf>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press. ISBN-10: 0-309-07280-8
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2020) Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? Repéré à <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>
- ISSA. (2018). *Rapport définitif de l'enquête finale du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN) 2 destinée aux femmes*. Sénégal: MSAS et JICA.
- Ith, P., Dawson, A. et Homer, C. S. (2013). Women's perspective of maternity care in Cambodia. *Women and Birth*, 26(1), 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.05.002>
- Jewkes, R., Abrahams, N. et Mvo, Z. (1998). Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social science & medicine*, 47(11), 1781-1795. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00240-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00240-8)
- Jewkes, R. et Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS medicine*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Jiang, X. M., Chen, Q. Y., Guo, S. B., Jin, L. Z., Huang, X. X., Liu, X. W., ... & Hu, R. F. (2018). Effect of midwife-led care on birth outcomes of primiparas. *International journal of nursing practice*, 24(6), e12686.

- JICA. (2018). *Soins de maternité humanisés : Des accouchements sans risque répondant avec douceur aux besoins des mères et des nouveau-nés au Sénégal*. Repéré à https://www.jica.go.jp/french/news/field/2018/180810_01.html
- JICA. (s.d.). *Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale Phase 2 (PRESSMN 2). Anciens Projets de la JICA au Sénégal*. Repéré à <https://www.jica.go.jp/senegal/french/activities/sante03.html>
- Johnson, K. C. et Daviss, B.-A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *Bmj*, 330(7505), 1416. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7505.1416>
- Kabakian-Khasholian, T. et Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1447-9>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. et Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652-666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Kim, M. H., Mazenga, A. C., Simon, K., Yu, X., Ahmed, S., Nyasulu, P., . . . Abrams, E. J. (2018). Burnout and self-reported suboptimal patient care amongst health care workers providing HIV care in Malawi. *PloS one*, 13(2), e0192983. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192983>
- Koblinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., Mavalankar, D., Mridha, M. K., Anwar, I., . . . van Lerberghe, W. (2006). Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*, 368(9544), 1377-1386. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69382-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69382-3)
- Koblinsky, M., Moyer, C. A., Calvert, C., Campbell, J., Campbell, O. M., Feigl, A. B., . . . Matthews, Z. (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *The Lancet*, 388(10057), 2307-2320. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K. et Wasserheit, J.N. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet (London, England)*, 373(9679), 1993-1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Kruk, M. E., Leslie, H. H., Verguet, S., Mbaruku, G. M., Adanu, R. M. et Langer, A. (2016). Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *The Lancet Global Health*, 4(11), e845-e855. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30180-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30180-2)

- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., & Freedman, L. P. (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health policy and planning*, 33(1), e26-e33.
- Kujawski, S., Mbaruku, G., Freedman, L. P., Ramsey, K., Moyo, W. et Kruk, M. E. (2015). Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Maternal and Child Health Journal*, 19(10), 2243-2250. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1743-9>
- Kujawski, S. A., Freedman, L. P., Ramsey, K., Mbaruku, G., Mbuyita, S., Moyo, W. et Kruk, M. E. (2017). Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga region, Tanzania: a comparative before-and-after study. *PLoS medicine*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002341>
- Kyei-Nimakoh, M., Carolan-Olah, M. et McCann, T. V. (2017). Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0503-x>
- Laurendeau, F. (1987). La médicalisation de l'accouchement. Dans F. Saillant et M. O'Neill (dir), *Accoucher autrement - Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. (Vol. 24, pp. 125-162). Montréal: Les Éditions coopératives Saint-Martin.
- Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. d. C. et da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. & Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219–238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Thousand Oaks. ISBN: 9780803924314
- London, L., Fick, N., Tram, K. H., & Stuttaford, M. (2012). Filling the gap: A Learning Network for Health and Human Rights in the Western Cape, South Africa. *Health and Human Rights*, 14(1), 88-105. Repéré à <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2013/06/London-FINAL2.pdf>
- London, L., Himonga, C., Fick, N. et Stuttaford, M. (2014). Social solidarity and the right to health: essential elements for people-centred health systems. *Health Policy and Planning*, 30(7), 938-945. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu083>
- Lohr, K. N. (Ed.). (1990). Medicare: a strategy for quality assurance, volume I. Washington D.C.: National Academy Press

- Lowe, N. K. (2009). The “authorities” resolve against home birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(1), 1-3. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00300.x>
- Lussier, K. et Lavoie, C. (2012). Entre la calebasse et le panier: la conduite d’entretiens semi-dirigés en contextes africains. *Recherches qualitatives*, 31(1), 62-88. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31\(1\)/katie-lussier-constance-lavoie.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31(1)/katie-lussier-constance-lavoie.pdf)
- Mannava, P., Durrant, K., Fisher, J., Chersich, M. et Luchters, S. (2015). Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Globalization and Health*, 11(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0117-9>
- Matsuoka, E. et Hinokuma, F. (2009). Maternity Homes in Japan: Reservoirs of Normal Childbirth. Dans R. Davis-Floyd, L. Barclay, B.-A. Daviss et J. Tritten (dir), *Birth models that work* (pp. 213-238). Berkley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Merriam, S. B. (1995). What can you tell from an N of 1?: Issues of validity and reliability in qualitative research. *PAACE Journal of lifelong learning*, 4, 51-60.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., . . . Langer, A. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Miller, S. et Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(S1), S49-S52. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- Miltenburg, A. S., Lambermon, F., Hamelink, C., & Meguid, T. (2016). Maternity care and Human Rights: what do women think?. *BMC international health and human rights*, 16(1), 1-10.
- Miltenburg, A. S., Kiritta, R. F., Bishanga, T. B., van Roosmalen, J. et Stekelenburg, J. (2017). Assessing emergency obstetric and newborn care: can performance indicators capture health system weaknesses? *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1282-z>
- Ministère de l'économie, des finances et du plan et ANSD [Sébégál]. (2019). *La population du Sénégal en 2018*. Sénégal : ministère de l'économie, des finances et du plan et l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) [Sénégal]. Repéré

à http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport_population_060219%20002%20RECSn%20.pdf

Ministère de l'économie, des finances et du plan et l'Agence nationale de la statistique et ANSD [Sénégal].. (2005). *Situation Economique et Sociale du Sénégal Edition 2005* Dakar: ministère de l'économie et des finances et l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD). Repéré à http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/4-Sante_2005.pdf

Ministère de la santé et de la prévention. (2009). *Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018*. Sénégal : République du Sénégal. Repéré à https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf

Misago, C., Umenai, T., Onuki, D., Haneda, K. et Wagner, M. (1999). Humanised maternity care. *The Lancet*, 354(9187), 1391-1392. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)76250-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)76250-4)

Mkoka, D. A., Goicolea, I., Kiwara, A., Mwangi, M. et Hurtig, A.-K. (2014). Availability of drugs and medical supplies for emergency obstetric care: experience of health facility managers in a rural District of Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 108. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-108>

Mortensen, B., Lieng, M., Diep, L. M., Lukasse, M., Atieh, K., & Fosse, E. (2019). Improving Maternal and Neonatal Health by a Midwife-led Continuity Model of Care—An Observational Study in One Governmental Hospital in Palestine. *EClinicalMedicine*, 10, 84-91.

MSAS. (s.d.). *Soins de santé maternelle et néonatale bases sur les preuves* ministère de la santé et de l'action sociale. Sénégal : Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention. Repéré à <http://docplayer.fr/20325079-Le-ministre-de-la-sante-de-l-hygiene-publique-et-de-la-prevention-modou-diagne-fada.html>

MSAS et JICA. (2018). *Documentation du processus de mise en oeuvre du modèle du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN)*. Sénégal: ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) et Agence japonaise de coopération internationale (JICA)

MSAS et JICA. (2020). *Bulletin d'information du Projet de Renforcement de Soins de Santé Maternelle et Néonatale Phase 3*. Sénégal: MSAS et JICA. Repéré à <https://www.facebook.com/jica.senegal.pressm3.msas/photos/pcb.139120347951006/139120281284346>

Msele, L. T., Kohi, T. W. et Dol, J. (2018). Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reproductive Health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0583-7>

- Muluneh, M. D., Moges, G., Abebe, S., Hailu, Y., Makonnen, M. et Stulz, V. (2021). Midwives' job satisfaction and intention to leave their current position in developing regions of Ethiopia. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.002>
- Mumtaz, Z., Levay, A., Bhatti, A. et Salway, S. (2015). Good on paper: the gap between programme theory and real-world context in Pakistan's Community Midwife programme. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(2), 249-258. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13112>
- Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A. et Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD011558). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2>
- Regroupement Naissance-Renaissance. (2014). *Une force de changement social pour l'humanisation de la période périnatale*. Repéré à <http://naissance-renaissance.qc.ca/accueil/>
- Nakamura, E. (2019). *JICA-Net Sample Activities [JICA Human Development department Think Safe and Happy Childbirth from "Humanized Maternity Care"]*. Repéré à https://jica-net-library.jica.go.jp/en2/topics/topics_191101-1_en.html
- Ndlovu-Gatsheni, S. J. (2012). Coloniality of power in development studies and the impact of global imperial designs on Africa. *The Australasian Review of African Studies*, 33(2), 48-73. Repéré à https://afsaap.org.au/assets/ARAS_Vol_XXXIII_2_Ndlovu-Gatsheni1.pdf
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant.
- Olivier de Sardan, J.-P. et Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine* 243(3), 11-32. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A. et Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 71-87. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
- OMS. (1997). *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique*. Genève : Organisation mondiale de la Santé
- OMS. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. [Déclaration de

- l'OMS]. WHO/RHR/14.23. Repéré à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;sequence=1
- OMS. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12_fre.pdf?ua=1
- ONU. (2015). *Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2015*. New York: Organisation des Nations Unies. Repéré à https://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
- Page, L. (2001). Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S81-S88. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00515-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00515-X)
- Page, L. (2001). The humanization of birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S55-S58. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00516-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00516-1)
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante: douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin.
- Pandey, S. C. et Patnaik, S. (2014). Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: A critical examination. *Jharkhand journal of development and management studies*, 12(1), 5743-5753. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Satyendra-Pandey/publication/266676584_ESTABLISHING_RELIABILITY_AND_VALIDITY_IN_QUALITATIVE_INQUIRY_A_CRITICAL_EXAMINATION/links/543779b40cf2dc341db4d7fb/ESTABLISHING-RELIABILITY-AND-VALIDITY-IN-QUALITATIVE-INQUIRY-A-CRITICAL-EXAMINATION.pdf
- Patterson, J., Hollins Martin, C. et Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(1), 56-83. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>
- Pattinson, R., Kerber, K., Buchmann, E., Friberg, I. K., Belizan, M., Lansky, S., . . . Walker, N. (2011). Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? *The Lancet*, 377(9777), 1610-1623. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62306-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62306-9)

- Paxton, A., Maine, D., Freedman, L., Fry, D. et Lobis, S. (2005). The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88(2), 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.11.026>
- Peters, D.H., Tran, N.T., Adam, T. (2013) La recherche sur la mise en œuvre en santé : Guide pratique. Genève : Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé.
- Pettersson, K. O. (2007). Major challenges of midwifery in Africa. *British Journal of Midwifery*, 15(8), 470-474. <https://doi.org/10.12968/bjom.2007.15.8.24385>
- Pinto, A. D. et Upshur, R. E. (2009). Global health ethics for students. *Developing World Bioethics*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2007.00209.x>
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart (dir), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart (dir), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 173-209. Montréal : Gaëtan Morin
- Ratsma, Y. E. et Malongo, J. (2009). Maternal health and human rights. *Malawi Medical Journal*, 21(2). doi: [10.4314/mmj.v21i2.44559](https://doi.org/10.4314/mmj.v21i2.44559)
- Reis, V., Deller, B., Catherine Carr, C. et Smith, J. (2012). Respectful maternity care. Country experience. *Washington DC: USAID*. Repéré à [Microsoft Word - RMC Survey Report \(knowledgesuccess.org\)](https://www.knowledgesuccess.org/)
- Ridde, V. et Capelle, F. (2011). La recherche en sante mondiale et les defis des partenariats Nord-Sud. *Canadian Journal of Public Health*, 102(2), 152. <https://doi.org/10.1007/BF03404166>
- Ridde, V., & Haddad, S. (2013). Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, S95-S106.
- Robert, E. et Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: a documentary study. *Globalization and Health*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-29>
- Roemer, M. I. et Montoya-Aguilar, C. (1989). *L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Rosen, H. E., Lynam, P. F., Carr, C., Reis, V., Ricca, J., Bazant, E. S., & Bartlett, L. A. (2015). Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-

- sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-11.
- Rouleau, D., Fournier, P., Philibert, A., Mbengue, B. et Dumont, A. (2012). The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Human resources for health*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-9>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P. et Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Saha, S., Kavattur, P. et Goheer, A. (2019). The C-WORD: tackling the enduring legacy of colonialism in global health. *Health Systems Global*. Repéré à <https://healthsystems.global.org/news/the-c-word-tackling-the-enduring-legacy-of-colonialism-in-global-health/>
- [Samb, O. M. \(2014\). La gratuité des soins et ses effets sociaux: entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir \(empowerment\) au Burkina Faso \[thèse de doctorat\]. Université de Montréal](#)
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. et Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sarr, O., Guirassy, D., Moreira, I., Monet, J.-P., Ciss, B., Kane, S., . . . Dougrou, S. (2019). *Réseau national de maternités offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Sénégal*. Sénégal : ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Repéré à [file:///C:/Users/emili/Downloads/unige_122534_attachment01%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/emili/Downloads/unige_122534_attachment01%20(1).pdf)
- Savage, V. et Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., . . . Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Schroll, A.-M., Kjærgaard, H., & Midtgaard, J. (2013). Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 74. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>
- Sekhon, M., Cartwright, M. et Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

- Sen, G., Reddy, B. et Iyer, A. (2018). Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive health matters*, 26(53), 6-18. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1508173>
- Shimizu, M. (2008). Preliminary findings: problems and further improvement of maternal care in Senegal. *JMAJ* 51(2): 128–130. Repéré à https://www.med.or.jp/english/pdf/2008_02/128_130.pdf
- Sidani, S., Epstein, D. R., Bootzin, R. R., Moritz, P. et Miranda, J. (2009). Assessment of preferences for treatment: validation of a measure. *Research in nursing & health*, 32(4), 419-431. <https://doi.org/10.1002/nur.20329>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., . . . Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
- Singh, S., Darroch, J. E., Ashford, L. S. et Vlassoff, M. (2009). *Adding It Up: The costs and Benefits of Investing in family Planning and maternal and new born health*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA). Repéré à <http://library.nhrc.gov.np:8080/nhrc/bitstream/handle/123456789/90/591.pdf?sequence=1>
- Siraj, A., Teka, W. & Hebo, H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 185 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5>
- Sougou, N. M., Sougou, A. S., Bassoum, O., Lèye, M. M. M., Faye, A. et Seck, I. (2020). Facteurs associés à l'autonomie de décision des femmes pour leur santé au Sénégal. *Sante Publique*, 32(4), 381-388. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0381>
- Souza, K. J. d., Rattner, D. et Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de saude publica*, 51, 69. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- Spangler, S. A. (2012). Assessing skilled birth attendants and emergency obstetric care in rural Tanzania: the inadequacy of using global standards and indicators to measure local realities. *Reproductive health matters*, 20(39), 133-141. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39603-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39603-4)
- Squires, A. (2009). Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. *International journal of nursing studies*, 46(2), 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.006>

- Suzuki, L. A., Ahluwalia, M. K., Mattis, J. S., & Quizon, C. A. (2005). Ethnography in counseling psychology research: Possibilities for application. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 206-214. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.206>
- Système des Nations Unies et République Démocratique du Congo. (2010). *Rapport national des progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement*. Brazzaville: Système des Nations Unies et République Démocratique du Congo. Repéré à file:///C:/Users/emili/Downloads/Rapport_OMD1%25202010.pdf
- Tlostanova, M., & Mignolo, W. (2009). Global coloniality and the decolonial option. *Kult*, 6(Special Issue), 130-147. Repéré à http://www.postkolonial.dk/artikler/kult_6/MIGNOLO-TLOSTANOVA.pdf
- Touré, F. (2015). L'accès aux soins de santé au Sénégal: étude descriptive et exploratrice [mémoire de maîtrise]. Université Ghent. Repéré à https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/214/028/RUG01-002214028_2015_00_01_AC.pdf
- Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., . . . Kristensen, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(8), 1045-1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- Twinn, S. (1997). An exploratory study examining the influence of translation on the validity and reliability of qualitative data in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 26(2), 418-423. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026418.x>
- Ueno, E., Adegoke, A. A., Masenga, G., Fimbo, J. et Msuya, S. E. (2015). Skilled Birth Attendants in Tanzania: A Descriptive Study of Cadres and Emergency Obstetric Care Signal Functions Performed. *Maternal and Child Health Journal*, 19(1), 155-169. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1506-z>
- Umbeli, T., Murwan, I., Kunna, A., Ismail, S., Sulman, M., & Elmahgoub, A. (2014). Impact of Health Care Provider's Training on Patients' Communication During Labor at Omdurman Maternity Hospital, Sudan 2011. *Sudan Journal of Medical Sciences*, 9(4), 211-216. Repéré à <file:///C:/Users/emili/Downloads/114516-Article%20Text-319501-1-10-20150324.pdf>
- UNECA. (2014). MDG report 2015: Assessing progress in Africa toward the Millennium Development Goals. Addis Ababa, Ethiopia: Economic Commission for Africa. Repéré à https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/MDG_Report_2015.pdf
- United Nations Human Rights Council. (2012). Technical guidance on the application of a human-rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. *Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Geneva: United Nations

- Vachon, M. (2012). Ethnographie rwandaise sur l'apport subjectif bénéfique de l'interprète dans l'analyse de données. *Recherches qualitatives*, 31(1), 114-129. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31\(1\)/melanie-vachon.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31(1)/melanie-vachon.pdf)
- Vadeboncoeur, H. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: de quelle humanisation parle-t-on?* (Thèse de doctorat). Université de Montréal.
- Valentini, H. (2010). Notre force de changements: Trente ans de transformations en périnatalité au Québec. *Le périscope* 14(1), 4-7. Montréal: Association pour la santé publique du Québec. Repéré à https://www.aspq.org/app/uploads/2010/11/periscope_30-ans-histoire-sept2010.pdf
- van den Broek, N. et Graham, W. (2009). Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116, 18-21. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x>
- van der Doef, M., Mbazzi, F. B., & Verhoeven, C. (2012). Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1763-1775. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x>
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25-S37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
- Warren, C. E., Njue, R., Ndwiga, C., & Abuya, T. (2017). Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1288-6>
- White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. Maternal Health Task Force. Washington, D.C.: White Ribbon Alliance. Repéré à <https://www.mhtf.org/document/respectful-maternity-care-the-universal-rights-of-childbearing-women/>
- WHO. (2004). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Genève: World Health Organization. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42955/9241591692.pdf>
- WHO. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. [Déclaration de l'OMS]. HO/RHR/15.02. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2016). *Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. Genève: World Health Organization. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf>

- WHOa. (2018). WHO | Maternal mortality. Repéré à <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Key%20facts,dropped%20by%20about%2038%25%20worldwide>.
- WHOb. (2018). *Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA* (No. WHO/RHR/18.14). World Health Organization.
- WHO. (2019). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization. Repéré à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>
- WHO et PAHO. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2(8452), 436-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- Wilunda, C., Oyerinde, K., Putoto, G., Lochoro, P., Dall'Oglio, G., Manenti, F., . . . Panza, A. (2015). Availability, utilisation and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja region, Uganda: a health facility-based survey. *Reproductive health*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0018-7>
- Yasin, C., Geleto, A. et Berhane, Y. (2019). Referral linkage among public health facilities in Ethiopia: A qualitative explanatory study of facilitators and barriers for emergency obstetric referral in Addis Ababa city administration. *Midwifery*, 79, 102528. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.010>
- Yigzaw, T., Abebe, F., Belay, L., Assaye, Y., Misganaw, E., Kidane, A., . . . Kim, Y.-M. (2017). Quality of Midwife-provided Intrapartum Care in Amhara Regional State, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 261. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1441-2>
- Yin, R. (2009). *Case Study Research : Design and Methods Fourth Edition*. Californie: Sage Publications, Inc.
- Zacher Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical anthropology quarterly*, 29(4), 437-454.

ANNEXES

Annexe 1 : Approbation éthique UQAT

Référence : 2018-10 – GÉLINAS – É.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Certificat attestant du respect des normes éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Mme Émilie Gélinas

Projet intitulé : « *L'accouchement humanisé : pertinence sociale et retombées pour les femmes au Sénégal* »

Décision :

☒ Accepté

☐ Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

☐ Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 6 novembre 2019

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web de l'UQAT : <http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Nicole Fenton	Membre régulier	Institut de recherche sur les forêts
Geneviève Sirois	Membre professeur substitut	UER en sciences de l'éducation
Manon Richard	Membre provenant de la collectivité	
Véronique Gagnon	Membre étudiant substitut	UER en sciences de la santé
Danny Godin	Membre régulier	UER en création et nouveaux médias
Nancy Crépeau	Représentante autochtone substitut	
Roxane Aubé	Membre versé en éthique	
Pascal Grégoire	Président CÉR	UER en sciences de l'éducation

Date : 6 juin 2018

Pascal Grégoire, Ph.D., président du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

Annexe 2 : Approbation éthique CER Université Cheikh Anta Diop de Dakar



Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Comité d'Ethique de la Recherche (CER)

Dakar, le 11 janvier 2019

A Mme Emilie GELINAS
Etudiant à la maîtrise recherche en Sciences de la Santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445 boul. de l'Université, Rouyn-Noranda
Québec, CANADA

Référence : Protocole 0369/2019/CER/UCAD : “ L'Accouchement humanisé : pertinence sociale et retombées pour les femmes au Sénégal. ”

Approbation éthique de la recherche

Votre protocole a été examiné selon les règles édictées par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) du Sénégal et conformément aux procédures établies par l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD) pour l'approbation éthique de toute recherche impliquant des participants humains.

J'ai le plaisir de vous informer que, sur la base des informations fournies dans le protocole, le Comité d'Ethique de la Recherche (CER) de l'UCAD considère que la recherche proposée, respecte les normes éthiques appropriées et en conséquence, approuve son exécution.


Le CER attire votre attention sur tout changement ultérieur dans la recherche qui soulèverait des questions éthiques non incluses dans le protocole original. Ces changements devront être soumis au Comité d'Ethique de la Recherche pour approbation.

Le Président,
Professeur Alioune DIEYE

COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
Le Président

*Siège : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie – FMPO
Ancien Bureau de l'Ecole Doctorale « SEV » à côté du Nouveau Bâtiment
B.P.5005, Dakar, Sénégal. Téléphone : +221 77 467 77 93
Email : comite.ethique@ucad.edu.sn*

Annexe 3 : Approbation du MSAS - Région médicale de Dakar – District Centre



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple. Une Dest. Une Foi.

**Ministère de la Santé
et de l'Action sociale**

Région Médicale de Dakar

10 0000092

N°MSAS/RMD

Dakar le.....

06 FEV. 2019

Objet : Projet de recherche sur l'accouchement humanisé : pertinence sociale et retombées pour les femmes au Sénégal

Madame Emilie GELINAS étudiante en maîtrise recherche en sciences de la santé université du Québec en Abiti-Témiscamingue s/c du Professeur **Adama FAYE** doit mener son étude de projet de recherche **sur l'accouchement humanisé : pertinence sociale et retombées pour les femmes au Sénégal.**


A cet effet, vous voudrez bien prendre toutes les dispositions nécessaires pour lui faciliter l'accès aux informations nécessaires à son étude.

Madame Emilie GELINAS devra déposer le document final relatif à cette recherche à la région médicale de Dakar/ Ministère de la santé et de l'action sociale.

Parfaite considération.

Le Médecin-Chef de Région

Docteur Ndèye Magatte NDIAYE NDOMÉ



Destinataires :

➤ *Médecin-Chef du District Sanitaire Centre*

Ampliations :

- MSAS/CAB
- MSAS/DGS
- Gouvernance
- Archive

Tél. n° (221) 33-832 29 19 / Fax n° (221) 33-832 59 04 / Email : regiomedd@orange.sn B.P 7608 Dakar/ Médina

Annexe 4 : Formulaire d'engagement à la confidentialité



Formulaire d'engagement à la confidentialité pour la participation au recrutement ainsi qu'à la collecte et l'analyse des données de recherche

Titre du projet : L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal

Étudiante-chercheuse : Émilie Gélinas

Directeur de recherche : Oumar Mallé Samb

Par la présente, les conditions selon lesquelles pourront être réalisés le recrutement des participants, la collecte et l'analyse des données du projet de recherche nommé en titre sont établies.

Je m'engage à :

Ne pas divulguer à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche le nom des personnes ayant été rencontrées lors de la phase de recrutement.

Ne pas divulguer à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche les renseignements confidentiels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche;

Analyser les données dans un environnement électronique sécurisé prévu à cet effet et en présence de l'étudiante chercheuse;

Ne transmettre à aucun tiers les résultats de recherche sans la permission du chercheur principal;

Ne pas exercer un droit de propriété intellectuelle ou tout autre droit sur ces données de recherche.

Je _____, ai pris connaissance des modalités de l'entente ci-dessus et accepte les conditions qui y sont précisées.

Signature

Date

Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement

Notice d'informations (pour les Bajenu Gox, les agents de santé, les membres du comité de santé et les parturientes)

Titre du projet de recherche : L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal

Nom de la chercheuse et son appartenance : Émilie Gélinas, inf. bsc. Candidate à la maîtrise recherche en sciences de la santé, UQAT

Directeur de recherche : Oumar Mallé Samb, Ph.D, professeur en santé mondiale, UQAT

Certificat d'Éthique émis par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT le : 6 novembre 2018

Certificat d'éthique émis par le Comité national d'éthique et de recherche du Sénégal : 11 janvier 2019

Préambule :

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche puisque nous voulons analyser l'acceptabilité sociale de l'accouchement humanisé implantée au Sénégal et ses effets sur l'expérience de soins des femmes. Cependant, avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Cette notice d'information vous explique le but de cette étude, sa méthodologie, ses avantages, ses risques et inconvénients. Il inclut également le nom des personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse responsable de ce projet ou à son interprète et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Objectif de la recherche :

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, au Canada. Elle a pour objectif de contribuer à l'état des connaissances actuelles portant sur une intervention implantée en 2009 dans les centres de santé du Sénégal, qui vise à rendre les soins maternels lors de l'accouchement plus respectueux. Les objectifs de cette recherche visent d'abord à mieux comprendre la perception de cette intervention et son adéquation avec les valeurs sociales des communautés du Sénégal. Elle tente également de comprendre l'expérience de soins des femmes qui accouchent au sein des structures de santé participantes. Les résultats de cette recherche contribueront à l'optimisation de cette intervention afin qu'elle réponde davantage aux besoins des femmes enceintes du Sénégal.

Nature de la participation :

Votre participation consistera à une entrevue individuelle, d'une durée approximative de 45 minutes. Les questions porteront sur votre perception du projet d'humanisation des soins. Ces entretiens se dérouleront dans une salle isolée et enregistrée à l'aide d'un support numérique avec votre consentement. Vous êtes libre de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer de cette étude en tout temps. Il se peut qu'une interprète soit également présente pour faciliter le déroulement de l'entretien lorsqu'un travail de traduction sera nécessaire.

Avantages liés à votre participation :

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche puisqu'il vous permet de vous faire entendre sur vos opinions concernant cette intervention de santé. Votre participation contribuera également à augmenter les connaissances portant sur les éléments d'appréciation de cette dernière en vue d'améliorer l'expérience de soins des femmes lors de l'accouchement dans les centres du Sénégal par des soins de meilleure qualité et culturellement adaptés.

Risques et inconvénients liés à votre participation :

Il est possible que vous ressentiez un inconfort à exprimer vos opinions concernant une intervention de santé rendue possible dans une structure sanitaire dont vous travaillé ou côtoyé. Si vous recevez toujours des soins de la part des structures de santé sélectionnés, la participation à la recherche ne diminuera en rien la qualité des soins que vous y recevrez. Soyez assuré que toutes les personnes impliquées dans cette étude sont indépendantes à cette politique de santé et que les confidences rapportées seront maintenues dans la confidentialité la plus stricte. Ces efforts pour protéger votre vie privée sont déployés afin de s'assurer que vous ne subissez aucun préjudice ou méfiance de la part des autorités sanitaires lors de votre travail ou de vos visites ultérieures dans ces structures de santé. Il se peut également que le temps alloué à l'entrevue soit un inconvénient pour vous.

Engagement et mesures visant à assurer la confidentialité :

L'ensemble des informations identificatoires et des données recueillies auprès de vous dans le cadre de cette étude fera l'objet de mesures visant à assurer la confidentialité la plus stricte dans les limites prévues par la loi. Tout d'abord, votre anonymat sera maintenu possible grâce au remplacement de vos informations personnelles par un code qui vous sera attribué de façon aléatoire. Cette codification sera utilisée pour la retranscription des entrevues et la diffusion des résultats. Seuls l'étudiante chercheuse et son directeur de recherche auront accès aux données vous liant à votre dossier de recherche. L'ensemble du matériel de recherche, y compris les enregistrements audionumériques, sera numérisé et conservé sur un disque dur sécurisé par un mot de passe connu que par l'étudiante et son directeur. Ce matériel sera utilisé qu'aux fins de cette recherche et sera détruit selon les modalités usuelles 5 ans suivant la fin de cette étude.

Un autre moyen déployé pour assurer votre anonymat sera d'effectuer les entretiens dans un endroit à l'abri des regards. Finalement, aucune donnée nominative et aucun renseignement pouvant vous identifier ne seront présents lors de la publication des résultats.

Indemnité compensatoire :

Aucune compensation monétaire n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche.

Commercialisation des résultats :

Les résultats de cette étude ne seront pas commercialisés et aucune personne prenant part à cette recherche ne présente de conflits d'intérêts.

Diffusion des résultats :

Les résultats préliminaires de cette recherche seront diffusés aux participantes à travers la tenue d'une séance de restitution. De plus, les résultats seront présentés à travers une note de recherche à l'attention des décideurs politiques du Sénégal, la rédaction d'un mémoire de maîtrise et de publications diverses.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante chercheuse, Émilie Gélinas, et son institution d'attache, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous y retirer à tout moment, sans avoir à vous justifier et sans préjudice. Si vous décidez de mettre un terme à votre participation, tous les documents recueillis vous concernant seront détruits.

Identification des personnes ressources :

Si vous avez des questions supplémentaires concernant ce projet de recherche, vous pouvez vous référer à l'étudiante chercheuse Émilie Gélinas ou son directeur Oumar Mallé Samb.

Emilie Gélinas

Téléphone : (819) 860-4171 *(le contact sera modifié une fois au Sénégal)*

Courriel : emilie.gelinas@UQAT.ca

Oumar Mallé Samb

Téléphone : 1 877 870-8728 poste 2213

Courriel : oumarmalle.samb@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université, bureau B-309

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Téléphone : 819 762-0971 poste 2252

cer@uqat.ca

Comité national d'éthique et de recherche du Sénégal

Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Bp 5005 Dakar-Fann

Téléphone: (00221) 33 825-55-96/ (00221) 33 865 00 40

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude : « L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal ».

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement a été obtenu par :

Émilie Gélinas

Nom de l'étudiante chercheuse (lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Annexe 5 (suite) Notice d'informations (pour les femmes ayant accouché selon l'humanisation des soins)

Titre du projet de recherche : L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal

Nom de la chercheuse et son appartenance : Émilie Gélinas, inf. bsc. Candidate à la maîtrise recherche en sciences de la santé, UQAT

Directeur de recherche : Oumar Mallé Samb, Ph.D, professeur en santé mondiale, UQAT

Certificat d'Éthique émis par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT le : 6 novembre 2018

Certificat d'éthique émis par le Comité national d'éthique et de recherche du Sénégal : 11 janvier 2019

Préambule :

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche puisque nous voulons analyser la pertinence sociale de l'intervention d'humanisation des soins implantée au Sénégal et ses effets sur l'expérience de soins des femmes. Cependant, avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Cette notice d'informations vous explique le but de cette étude, sa méthodologie, ses avantages, ses risques et inconvénients. Il inclut également le nom des personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent document peut contenir des mots dont vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse responsable de ce projet ou à son interprète et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Objectif de la recherche :

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, au Canada. Elle a pour objectif de contribuer à l'état des connaissances actuelles portant sur une intervention implantée en 2009 dans les structures de santé du Sénégal, qui vise à rendre les soins maternels lors de l'accouchement plus respectueux. Les objectifs de cette recherche visent d'abord à mieux comprendre la perception de cette intervention et son adéquation avec les valeurs sociales des communautés du Sénégal. Elle tente également de comprendre l'expérience de soins des femmes qui accouchent au sein des structures de santé participantes. Les résultats de cette recherche contribueront à l'optimisation de cette intervention afin qu'elle réponde davantage aux besoins des femmes enceintes du Sénégal.

Nature de la participation :

Votre participation consistera à une entrevue individuelle, d'une durée approximative de 90 minutes. Les questions porteront sur votre perception du projet d'humanisation des accouchements, des soins dispensés par les professionnels de la santé lors de l'accouchement et de votre satisfaction générale de l'expérience de soins vécue. Ces entretiens se dérouleront dans une salle isolée et enregistrée à l'aide d'un support numérique avec votre consentement. Vous êtes libre de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer de cette étude en tout temps. Il se peut qu'une interprète soit également présente pour faciliter le déroulement de l'entretien lorsqu'un travail de traduction sera nécessaire.

Avantages liés à votre participation :

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche puisqu'il vous permet de vous faire entendre sur vos opinions et votre satisfaction concernant cette intervention de santé. Votre participation contribuera également à augmenter les connaissances portant sur les éléments d'appréciation de cette dernière en vue d'améliorer l'expérience de soins des femmes lors de l'accouchement dans les centres du Sénégal par des soins de meilleure qualité et culturellement adaptés.

Risques et inconvénients liés à votre participation :

Puisque l'objet de cette étude concerne une intervention d'humanisation des soins, il est possible que vous ressentiez un inconfort à vous confier sur votre expérience d'accouchement. Si tel est le cas, vous êtes en droit de refuser de répondre ou de vous retirer de cette étude en tout temps. Soyez assurée également que toutes les personnes impliquées dans cette étude sont indépendantes à cette politique de santé et que les confidences rapportées seront maintenues dans la confidentialité la plus stricte. Il se peut également que le temps alloué à l'entrevue soit un inconvénient pour vous.

Engagement et mesures visant à assurer la confidentialité :

L'ensemble des informations identificatoires et des données recueillies auprès de vous dans le cadre de cette étude fera l'objet de mesures visant à assurer la confidentialité la plus stricte dans les limites prévues par la loi. Tout d'abord, votre anonymat sera maintenu possible grâce au remplacement de vos informations personnelles par un code qui vous sera attribué de façon aléatoire. Cette codification sera utilisée pour la retranscription des entrevues et la diffusion des résultats. Seuls l'étudiante chercheuse et son directeur de recherche auront accès aux données vous liant à votre dossier de recherche. L'ensemble du matériel de recherche, y compris les enregistrements audionumériques, sera numérisé et conservé sur un disque dur sécurisé par un mot de passe connu que par l'étudiante et son directeur. Ce matériel sera utilisé qu'aux fins de cette recherche et sera détruit selon les modalités usuelles 5 ans suivant la fin de cette étude.

Un autre moyen déployé pour assurer votre anonymat sera d'effectuer les entretiens dans un endroit à l'abri des regards. Finalement, aucune donnée nominative et aucun renseignement pouvant vous identifier ne seront présents lors de la publication des résultats.

Indemnité compensatoire :

Aucune compensation monétaire n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche.

Commercialisation des résultats :

Les résultats de cette étude ne seront pas commercialisés et aucune personne prenant part à cette recherche ne présente de conflits d'intérêts.

Diffusion des résultats :

Les résultats préliminaires de cette recherche seront diffusés aux participantes à travers la tenue d'une séance de restitution. De plus, les résultats seront présentés à travers une note de recherche à l'attention des décideurs politiques du Sénégal, la rédaction d'un mémoire de maîtrise et de publications diverses.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante chercheuse, Émilie Gélinas, et son institution d'attache, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous y retirer à tout moment, sans avoir à vous justifier et sans préjudice. Si vous décidez de mettre un terme à votre participation, tous les documents recueillis vous concernant seront détruits. Si vous recevez toujours des soins de la part des structures de santé sélectionnés, la participation à la recherche ne diminuera en rien la qualité des soins que vous y recevrez. De plus, les efforts pour protéger votre vie privée et votre confidentialité sont déployés afin de s'assurer que vous ne subissiez aucune méfiance venant de la part des professionnels de la santé si vous deviez accoucher à nouveau dans ces centres de santé.

Identification des personnes ressources :

Si vous avez des questions supplémentaires concernant ce projet de recherche, vous pouvez vous référer à l'étudiante chercheuse Émilie Gélinas ou son directeur Oumar Mallé Samb.

Emilie Gélinas

Téléphone : (819) 860-4171 (*le contact sera modifié une fois au Sénégal*)

Courriel : emilie.gelinas@UQAT.ca

Oumar Mallé Samb

Téléphone : 1 877 870-8728 poste 2213

Courriel : oumarmalle.samb@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université, bureau B-309

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Téléphone : 819 762-0971 poste 2252

cer@uqat.ca

Comité national d'éthique et de recherche du Sénégal

Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Bp 5005 Dakar-Fann

Téléphone: (00221) 33 825-55-96/ (00221) 33 865 00 40

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude : « L'accouchement humanisé : acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal ».

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement a été obtenu par :

Émilie Gélinas

Nom de l'étudiante chercheuse (lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Annexe 6 : Guides d'entrevue

GRILLE D'ENTRETIEN

(Femmes enceintes, Bajenu Gox, Sages-femmes, membres du comité de développement sanitaire et hommes de la communauté)

TITRE DU PROJET :

L'accouchement humanisé, acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal.

Date de réalisation de l'entretien : ____ / ____ / ____

Numéro identificateur : _____

Structure sanitaire : _____

Fiche socio démographique

Sexe : _____

Occupation : _____

Âge : _____

Religion pratiquée : _____

Statut matrimonial : _____

Groupe social : _____

Niveau de scolarité : _____

Nombre d'enfants : _____

Organisation sociale :

- ❖ Selon vous, quelle devrait être la responsabilité de l'état dans la prise en charge de la santé de sa population ?
- ❖ Quels sont les services de santé maternelle offerts à la population ?
- ❖ Quelle est la place de la femme dans les décisions concernant les soins de santé ?
- ❖ Pensez-vous que les femmes sont considérées comme égales aux hommes ?
- ❖ Pensez-vous que la grossesse et l'accouchement sont seulement une affaire de femmes ?

Normes sociales et cultures dominantes :

- ❖ Dans votre société, existe-t-il des rituels religieux ou culturels associés à l'accouchement ?
- ❖ Pour quelle raison croyez-vous que certaines femmes décident d'accoucher à la maison alors que les soins de santé sont gratuits dans les structures sanitaires du Sénégal ?
- ❖ Selon vous, quels sont les éléments qui nuisent à la qualité des services dans les structures sanitaires ?
- ❖ Avez-vous déjà entendu parler de l'accouchement humanisé ? Qu'en pensez-vous ?
- ❖ Quels sont les éléments à considérer pour atteindre cet objectif ?
- ❖ Un élément mis de l'avant par la stratégie d'humanisation des accouchements offerte au Sénégal est d'offrir la possibilité aux femmes de choisir leur position d'accouchement (debout, demi-assise, accroupie, genoux, dorsale, couchée sur le côté). Qu'en pensez-vous ?
- ❖ Un second élément est d'autoriser la présence d'un accompagnateur lors de la phase de travail de l'accouchement. Quelle est votre perception sur cette initiative ?
- ❖ Que pensez-vous des autres composantes de l'intervention ? (boire et manger, massage et relaxation)
- ❖ Lors de la conceptualisation de cette stratégie, avez-vous l'impression que les décideurs ont pris en considération les préoccupations et les valeurs des femmes de la communauté ?
- ❖ De quelle façon cette stratégie pourrait-elle être améliorée afin qu'elle réponde davantage aux normes culturelles et aux besoins des femmes de la communauté ?
- ❖ Quels sont les éléments qui pourraient favoriser la pérennité de cette intervention ?

Questions supplémentaires selon le profil de l'enquêté

Agent de santé ou Bajenu Gox

- ❖ Diriez-vous que les formations reçues dans le cadre de la stratégie d'humanisation des soins lors de l'accouchement étaient pertinentes à votre milieu de travail ? Pourquoi ?
- ❖ Trouvez-vous difficile de vous adapter aux nouvelles méthodes de travail (présence de l'accompagnateur / posture contraignante occasionnée par l'accouchement en style libre) ? Pourquoi ?
- ❖ Quels changements avez-vous observés au sein de vos relations avec les femmes qui accouchent ? Et avec leur accompagnateur ?
- ❖ Avez-vous remarqué une amélioration dans la qualité des soins ? Précisez.
- ❖ Nommez-moi des éléments que vous appréciez de cette stratégie ?
- ❖ Au contraire, quels sont les éléments qui vous ont déplu ?

Homme de la communauté (membres du comité de santé)

- ❖ Seriez-vous prêt à accompagner votre femme accoucher dans une structure sanitaire ?
- ❖ Connaissez-vous un homme de votre entourage qui l'a fait ?

GRILLE D'ENTRETIEN
(Femmes en post-partum)

TITRE DU PROJET :

L'accouchement humanisé, acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal.

Date de réalisation de l'entretien : ____ / ____ / ____.

Numéro identificateur : _____.

Structure sanitaire : _____.

Fiche socio démographique

Âge : _____.

Religion pratiquée : _____.

Statut matrimonial : _____.

Groupe social : _____.

Niveau de scolarité : _____.

Date de l'accouchement : _____.

Occupation : _____.

Nombre d'enfants : _____.

Organisation sociale :

- ❖ Selon vous, quelle devrait être la responsabilité de l'état dans la prise en charge de la santé de sa population ?
- ❖ Quels sont les services de santé maternelle offerts à la population ?
- ❖ Quelle est la place de la femme dans les décisions concernant les soins de santé ?
- ❖ Pensez-vous que les femmes sont considérées comme égales aux hommes ?
- ❖ Pensez-vous que la grossesse et l'accouchement sont seulement une affaire de femmes ?

Structure :

- ❖ Votre choix d'accoucher dans ce centre de santé / poste de santé est-il fondé sur la présence de la stratégie d'humanisation des soins ?

À votre arrivée, quelles ont été vos impressions concernant l'aménagement des salles de naissance ?

- ❖ Un élément mis de l'avant par cette stratégie est d'offrir la possibilité aux femmes de choisir leur position d'accouchement (debout, demi assise, accroupie, genoux, dorsale ou couchée sur le côté). Qu'en pensez-vous ?
- ❖ Un second élément est d'autoriser la présence d'un accompagnateur lors de la phase de travail de l'accouchement. Quelle est votre perception sur cette initiative ?
- ❖ Que pensez-vous des autres composantes de l'intervention ? (boire et manger, massage et relaxation)
- ❖ Comment avez-vous trouvé l'organisation de travail ?
- ❖ Lors de votre grossesse ou de votre accouchement, est-ce que votre état de santé a nécessité une référence vers un service de santé plus spécialisé ? Si oui, comment avez-vous vécu cette expérience ?

Processus :

- ❖ Racontez-moi, comment s'est passé votre accueil à la structure de santé ?
- ❖ Maintenant, pouvez-vous me décrire de quelle façon s'est déroulé votre accouchement.
- ❖ Comment décrieriez-vous votre relation avec ces professionnels lors de votre accouchement ?
- ❖ Trouvez-vous que ces derniers ont adopté une attitude empreinte de respect et d'empathie envers vous ? Pourquoi ?
- ❖ Avez-vous reçu un enseignement approprié quant aux différentes procédures de soins et du déroulement de l'accouchement ?
- ❖ L'environnement de naissance était-il propice à maintenir votre intimité ?

Résultats :

- ❖ Selon vos expériences d'accouchement antérieures, trouvez-vous que les modifications apportées au centre de santé permettent d'atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité des soins ? Pourquoi

- ❖ Lors de la conceptualisation de cette stratégie, avez-vous l'impression que les décideurs ont pris en considération les préoccupations et les valeurs des femmes de la communauté ?
- ❖ Quel est votre niveau de satisfaction de votre expérience d'accouchement ? Pour quelles raisons ?

Annexe 7 : Grille d'observation

Générales

- Description du site
- Quel est le fonctionnement de la maternité?
- Quels sont les critères pour être éligible à l'accouchement humanisé ?
- Comment s'est déroulé la mise en œuvre de l'intervention ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de l'intervention ?
- Quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées pour y faire face ?
- Est-ce que l'ensemble des composantes du projet a été implantées?

Structure :

Salle aménagée avec équipements fonctionnels :

- Est-ce qu'il y a une salle fonctionnelle ? (Salle individuelle pouvant assurer l'intimité)
- Est-ce que l'équipement est disponible ? (Tatamis, ballon, corde, balançoire)
- Est-ce que l'environnement est propre ?

Ressources humaines qualifiées :

- Qui est qualifié à pratiquer l'Accouchement humanisé?
- Comment est formé le personnel de santé ?
- Sur quoi portait la formation?

Sensibilisation du projet avec les communautés :

- Quelles sont les stratégies utilisées pour sensibiliser les communautés sur le concept de l'Accouchement humanisé ? (CPN, causerie, émission radio...)
- Quelles sont les outils utilisés ? (Dépliants, affiches)
- De quelle manière est expliquée l'intervention aux femmes ?

Processus

- Comment se déroule un Accouchement humanisé?

Résultats

- En quoi l'Accouchement humanisé a amélioré l'expérience de soins des femmes?
- Quels sont les résultats de cette intervention?

For further assistance, please visit our customer service site:

<https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fservice.elsevier.com%2Fapp%2Fhome%2Fsupport%2Fpublishing%2F&data=04%7C01%7Cemilie.gelinas%40uqat.ca%7Cca3262700aeb4aaff38408d8d8a7f83c%7Cf5da7850c1d8429f890785d7b2606108%7C0%7C0%7C637497563224795292%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6IjEhaWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C1000&sdata=fSI542cqtjSvGXVvpYxdOYwfwyVVLf2DMYgRallkag%3D&reserved=0>

Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about Editorial Manager via interactive tutorials. You can also talk 24/7 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL:

<https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.editorialmanager.com%2Fwombi%2Flogin.asp%3Fa%3Dr&data=04%7C01%7Cemilie.gelinas%40uqat.ca%7Cca3262700aeb4aaff38408d8d8a7f83c%7Cf5da7850c1d8429f890785d7b2606108%7C0%7C0%7C637497563224795292%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6IjEhaWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C1000&sdata=SIHgOOlsm7nlR0BqY4qkFUmVR4ySy yz6QsRFdQl%2BNDI%3D&reserved=0>). Please contact the publication office if you have any questions.

Article 2. Les effets perçus d'une intervention d'humanisation des soins sur l'expérience de soins des femmes: une étude de cas au Sénégal

De : delphos@fontismedia.com

Envoyé le : 11 janvier 2021 02:44

À : Gélinas, Emilie

Objet : Santé Publique [rsp200367] - Décision concernant votre soumission

A l'attention de Mme. Émilie Gélinas

Cher Auteur,

La première expertise du manuscrit rsp200367 « L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes » est désormais terminée. Les commentaires des experts sollicités figurent au bas de ce message.

Votre article a suscité l'intérêt de notre Rédaction qui envisage de le programmer dans le cadre d'un dossier spécial sur les "violences gynécologiques et obstétricales". Cependant, les experts relecteurs exigent des révisions majeures avant que sa publication soit envisagée. L'un des experts a commenté votre article (document à télécharger à partir de votre compte auteur).

Nous vous encourageons à préparer une version révisée du manuscrit, qui fera l'objet d'une réévaluation par les relecteurs originaux. Cette version révisée doit être accompagnée d'une lettre détaillant point par point les modifications apportées au texte et les réponses données aux commentaires des experts.

Pour soumettre la version révisée, il convient de se connecter au système de gestion des manuscrits via le compte "auteur", muni du mot de passe reçu lors de la création de ce compte.

<https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Frsp.fontismedia.com%2F&data=04%7C01%7Cemilie.gelinas%40uqat.ca%7C43bae12a632e416573c808d8b604ba13%7Cf5da7850c1d8429f890785d7b2606108%7C0%7C0%7C637459478724463180%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6IjEhaWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C1000&data=7IAXkSLCkK1ZqVIGteebVIUNkpZaR1wfx9yGFbgaU3g%3D&reserveid=0>

Il faut alors sélectionner le manuscrit rsp200367, ce qui donne accès à la page de soumission du manuscrit révisé puis à la page de soumission du matériel complémentaire.

Ceci doit être fait dans les trois mois à compter de ce jour. Un délai supplémentaire peut cependant être obtenu sur simple demande.

Dans cette attente, nous vous adressons nos plus cordiales salutations.

Madame Hélène Kane
Revue Santé publique